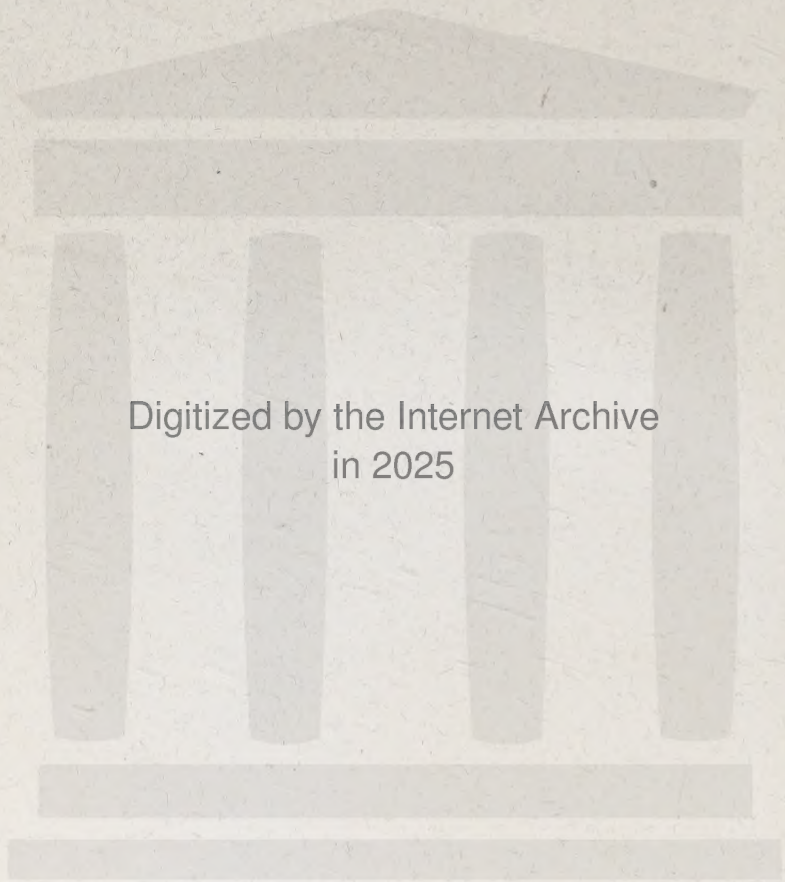
BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/traitedetherapeu0000albe

TRAITÉ

DE

THÉRAPEUTIQUE

APPLIQUÉE

LISTE DES COLLABORATEURS

ACHARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.
ARNOZAN, professeur à la Faculté de Bordeaux.
AUBERT, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUDRY, médecin des hôpitaux de Lyon.
AUVARD, accoucheur des hôpitaux de Paris.
BALLET, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BALZER, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BARBE, chef du laboratoire de dermatologie à l'hôpital Saint-Antoine.
BARDET, rédacteur en chef du *Bulletin de Thérapeutique.*
BARIÉ, médecin de l'hôpital Tenon.
BARTH, médecin de l'hôpital Necker.
BAUMEL, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
BERGÉ, ex-interne des hôpitaux de Paris.
BESNIER, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
BLANCHARD, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
BLIN, médecin de l'hospice de Vaucluse.
BOINET, médecin des hôpitaux, agrégé des Facultés, professeur à l'École de Marseille.
BOISSARD, accoucheur de l'hôpital Tenon.
BOUILLY, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin.
BOURCY, médecin de l'hôpital Tenon.
BRAULT, médecin de l'hôpital Tenon.
BRISSAUD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
BROCQ, médecin de l'hôpital Broca.
BROUSSE, prof. agrégé à la Faculté de Montpellier.
BUCQUOY, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
BUDIN, membre de l'Académie de médecine, accoucheur de la Maternité.
CALMETTE, directeur de l'Institut Pasteur à Lille.
CAPITAN, ex-chef de clinique à la Faculté de Paris.
CATRIN, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
CHANDELUX, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.
CHARPENTIER, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
CHASLIN, médecin de l'hospice de Bicêtre.
CHAUFFARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Cochin.
CHEVALLEREAU, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.
DALCHÉ, médecin des hôpitaux de Paris.
DREYFUS-BRISAC, médecin de l'hôpital Laribosière.
DUBREUILH, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, médecin des hôpitaux.
DUCAMP, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
DU CASTEL, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
DUMONTPALLIER, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu.
ESTOR, professeur à la Faculté de Montpellier.
ÉTIENNÉ, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
FAISANS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
FÉRÉ, médecin de l'hospice de Bicêtre.
FOURNIER, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
FRANÇOIS-FRANCK, membre de l'Académie de médecine.
GALLIARD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GAREL, médecin des hôpitaux de Lyon.
GAUCHER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
GELLÉ, membre de la Société de biologie.
G. DE LA TOURETTE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Hérold.
GIRAUDEAU, médecin de l'hôpital Tenon.
GOUGUENHEIM, médecin de l'hôpital Lariboisière.
GRASSET, professeur à la Faculté de Montpellier.
HALLOPEAU, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Saint-Louis.
HAUSHALTER, professeur agrégé à la Faculté de Nancy.
HIRTZ, médecin de l'hôpital Laennec.
HUCHARD, membre de l'Académie de médecine.
HUET, chef du laboratoire d'électrothérapie à la clinique de la Salpêtrière.
HUTINEL, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.
JANET, professeur agrégé à la Faculté des lettres de Paris, docteur en médecine.
JOFFROY, professeur à la Faculté de Paris, médecin de l'asile Sainte-Anne.
JOSIAS, médecin de l'hôpital Trousseau.
KALT, médecin de la clinique des Quinze-Vingts.
KELSCH, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'École du service de santé militaire de Lyon.
LABADIE-LAGRAVE, médecin de l'hôpital de la Charité.
LABORDE, membre de l'Académie de médecine.
LANCEREAUX, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu.
LANNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux.
LAVERAN, membre de l'Académie de médecine, médecin principal de 1re classe.
LELOIR, professeur à la Faculté de Lille.
LEMOINE, professeur à la Faculté de Lille.
LEREDDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LERMOYEZ, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
LONDE, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LUBET-BARBON, ex-interne des hôpitaux de Paris.
LYONNET, médecin des hôpitaux de Lyon.
MAGITOT, membre de l'Académie de médecine.
MAGNAN, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'asile Sainte-Anne.
MAIRET, doyen de la Faculté de Montpellier.
MANQUAT, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
MARIE, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hospice de Bicêtre.
H. MARTIN, médecin de l'hôpital Tenon.
MATHIEU, médecin de l'hôpital Andral.
MÉNIÈRE, médecin adjoint de l'Institution des Sourds-Muets.
MERKLEN, médecin de l'hôpital Laënnec.
MOLLARD, ex-chef des travaux biologiques à la Faculté de Lyon.
MOSSÉ, professeur à la Faculté de Toulouse.
MUSELIER, médecin de l'hôpital Lariboisière.
NETTER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Trousseau.
ŒTTINGER, médecin de l'hôpital Broussais.
PANAS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
PARINAUD, ex-interne des hôpitaux de Paris.
PÉCHARMAN, médecin des asiles de la Seine.
PEYROT, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.
PITRES, doyen de la Faculté de Bordeaux.
POZZI, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Broca.
RAUZIER, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
RÉMOND, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse.
RENAUT, professeur à la Faculté de Lyon.
RENDU, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Necker.
RICARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
RICHARDIÈRE, médecin de l'hôpital Trousseau.
RITTI, médecin de l'asile de Charenton.
SABOURAUD, chef du laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Louis.
SARDA, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.
SCHMITT, professeur à la Faculté de Nancy.
SEGOND, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien de la Salpêtrière.
SÉRIEUX, médecin des asiles d'aliénés de la Seine.
SIREDEY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
SOLLIER, ex-chef de clinique adjoint des maladies mentales à la Faculté de Paris.
SPILLMANN, professeur à la Faculté de Nancy.
SPRINGER, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Charité.
STRAUS, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de Paris.
TALAMON, médecin de l'hôpital Tenon.
TAPRET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
TEISSIER, professeur à la Faculté de Lyon.
TROISIER, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin de l'hôpital Beaujon.
VALUDE, médecin de la Clinique des Quinze-Vingts.
VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.
VINAY, médecin des hôpitaux de Lyon.
WEREB, ancien interne des hôpitaux de Paris.
WEILL, professeur agrégé à la Faculté de Lyon.

506

TRAITÉ
DE
THÉRAPEUTIQUE
APPLIQUÉE

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

ALBERT ROBIN
DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SPÉCIALITÉS

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU

DEUXIÈME PARTIE

PAR MM.

E. GAUCHER
Professeur agrégé
à la Faculté de Paris.

R. DU CASTEL
Médecin
de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. AUBERT
Chirurgien
de l'Antiquaille.

ALBERT ROBIN
Membre
de l'Académie de médecine.

L. BROCQ
Médecin
de l'hôpital Broca.

R. SABOURAUD
Chef du laboratoire
de l'hôpital Saint-Louis.

W. DUBREUILH
Professeur agrégé
à la Faculté de Bordeaux.

H. LELOIR
Professeur
à la Faculté de Lille.

C. BARBE
Chef du laboratoire de dermatologie,
à l'hôpital Saint-Antoine.

E. LEREDDE
Ex-interne
des hôpitaux de Paris.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

J. WEILL-MANTOU

PARIS
RUEFF ET Cie, ÉDITEURS
106, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 106
1897

Tous droits réservés.

MICROFILMED
AT HARVARD

BOSTON MEDICAL
NOV 21 1917
LIBRARY

TRAITEMENT

DES

MALADIES DE LA PEAU

DEUXIÈME PARTIE

BOSTON MEDICAL
NOV 21 1917
LIBRARY

CHAPITRE PREMIER

TRAITEMENT DES LICHENS

PAR

E. GAUCHER ET C. BARBE

Professeur agrégé de la Faculté de Paris.
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Chef du laboratoire de dermatologie de l'hôpital Saint-Antoine.
Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

I

Divisions.

Dans le groupe autrefois si complexe des lichens, on n'a conservé que trois types bien caractérisés : le lichen simplex aigu, le lichen simplex chronique et le lichen ruber. Nous n'étudierons donc dans ce chapitre que le traitement de ces trois dermatoses; cependant, pour nous conformer à l'usage, nous dirons quelques mots de la médication à employer dans le lichen scrofulosorum et dans le lichen pilaire, bien que ces deux affections ne soient nullement des lichens, mais des folliculites d'une nature spéciale.

II

Lichen simplex aigu et chronique.

Le lichen simplex aigu est une dermatose caractérisée par de petites papules prurigineuses, rouges, acuminées, persistant chacune trois ou quatre jours environ et qui se montrent par poussées successives. Dans le lichen simplex chronique, les papules durent un temps beaucoup plus long, et s'accompagnent d'un épaississement, quelquefois très marqué, des téguments. C'est à cette affection très prurigineuse que quelques auteurs donnent aujourd'hui le nom de *névrodermite*.

Le lichen simplex, soit aigu, soit chronique, a tant d'affinités avec l'eczéma aigu et chronique que le traitement de l'un correspond à peu près au traitement de l'autre. D'ailleurs on sait que beaucoup d'auteurs réunissent ces deux dermatoses dans une même description, et considèrent le lichen simplex comme un eczéma papuleux.

A. — LICHEN AIGU

Dans le lichen aigu, le traitement est à la fois interne et externe. Comme dans l'eczéma aigu, on interdira aux malades les aliments excitants ou facilement fermentescibles, tels que le gibier, la charcuterie, le poisson de mer, les mollusques, les crustacés, les mets épicés, le bouillon gras, les choux, la choucroute, l'oseille, les tomates, les fromages fermentés, le vin pur, l'alcool, le café, le thé. Le lait et les laitages formeront la base de leur alimentation.

Il sera bon de prescrire des *laxatifs* fréquents, et même un *purgatif*, s'il y a de l'embarras gastro-intestinal. On donnera des *diurétiques;* le *lait* sera encore le meilleur. Des eaux *alcalines* seront en même temps administrées, mais on se gardera bien de faire prendre des préparations arsenicales, qui,

d'une manière générale, doivent être rejetées dans toutes les périodes aiguës des dermatoses.

Comme *traitement local*, on pourra appliquer de bonne heure des pommades calmantes qui sont contre-indiquées dans l'eczéma aigu, parce que dans le lichen on n'observe pas le suintement abondant du début de l'eczéma. Ces pommades seront à base de *vaseline* et renfermeront 1/10 d'*oxyde de zinc* ou de *sous-nitrate de bismuth*. On pourra ajouter à ces substances, pour calmer le prurit, du *menthol* dans la proportion de 1 p. 100. On prescrira aussi les *bains de son*, d'*amidon*. Quelquefois, cependant, les *compresses* émollientes, les *poudres* calmantes réussissent mieux que les pommades. Quand la phase aiguë de l'éruption est passée, on emploiera les pommades astringentes au *calomel* (1 p. 10), au *tannin* (2 p. 30), au *sous-acétate de plomb* (1 p. 25).

B. — LICHEN CHRONIQUE

Dans le lichen chronique, le traitement interne est le même que dans le lichen aigu. Pourtant, ici, on pourra prescrire avec avantage l'*arsenic*, sauf dans les nouvelles poussées aiguës. Pour calmer l'état nerveux des malades, on recourra avec avantage aux *antispasmodiques* tels que l'*extrait de valériane* (4 grammes par jour), le *valérianate d'ammoniaque* (0^{gr},20 par jour); on pourra essayer les *douches tièdes* à 35° appliquées sur la colonne vertébrale, douches qui ont été employées par Jacquet dans le lichen plan et sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Localement, on calmera les démangeaisons à l'aide de lotions antiprurigineuses, telles que la *solution de sublimé* (sublimé, 0^{gr},25; chlorhydrate d'ammoniaque, 0^{gr},25; eau, 240 grammes; eau distillée de laurier-cerise, 10 grammes); on poudrera ensuite avec des poudres inertes. Mais avant tout, dans les formes torpides, on recourra aux agents substitutifs. Un des meilleurs est l'*huile de cade*, incorporée au *glycérolé d'amidon neutre* dans les proportions d'un dixième, d'un quart,

de la moitié; souvent on l'emploiera pure. Si l'huile de cade ne peut être prescrite à cause de son odeur, on se servira de la *pommade salicylée* à 1 ou 2 p. 100, de celle au *naphtol* à 1/10 ou à l'*oxyde jaune d'hydrargyre* à 1/10. La pommade à l'*oxyde de zinc* et au *menthol* à 1/100 calmera bien les démangeaisons. Dans le lichen chronique, les eaux sédatives, comme *Néris*, sont indiquées.

III

Lichen ruber.

On comprend sous ce nom le lichen plan de Wilson et le lichen acuminatus d'Hebra.

Le lichen plan est une dermatose constituée par des papules rouges, aplaties et brillantes, plus ou moins polygonales, un peu déprimées au centre, rouges, dures, sèches, tantôt isolées, tantôt groupées sous forme de plaques. A côté de cette forme typique, il y a quelques formes particulières telles que le lichen plan corné, le lichen obtusus et le lichen atrophique ou scléreux.

Quant au lichen acuminatus d'Hebra et Kaposi, il serait caractérisé par des papules coniques, rouges, dures, plus généralisées que dans le lichen plan.

Nous n'étudierons que le traitement du lichen plan, car c'est la seule forme connue en France. L'étiologie du lichen plan est inconnue; tout ce que l'on sait, c'est qu'il s'observe souvent chez les arthritiques nerveux.

Le traitement est un peu différent suivant que l'on est en présence du lichen plan ordinaire, ou d'une poussée inflammatoire, ou de cette variété décrite par Lavergne sous le nom de lichen plan aigu. Dans ce dernier cas, on prescrira le même traitement calmant que dans le lichen simplex aigu.

Dans le lichen plan, le *traitement interne* consistera surtout dans l'administration de l'*arsenic*. Ce médicament est l'un des meilleurs que l'on puisse prescrire, à preuve l'emploi

qu'en font même les dermatologistes allemands, et à de très hautes doses. L'arsenic sera donné à doses progressivement croissantes et pendant plusieurs mois consécutifs, sous forme de *liqueur de Fowler* par exemple, depuis IV jusqu'à L gouttes, en augmentant chaque jour d'une goutte. On ne dépassera pas les limites de la tolérance gastro-intestinale. Dans le cas où le malade présenterait quelques phénomènes d'intoxication, il faudrait diminuer d'une goutte chaque jour pour redescendre à 0, puis remonter progressivement à la dose maxima facilement supportée, pour redescendre de nouveau, et ainsi de suite. On suspendrait totalement la médication dans le cas d'intoxication sérieuse. On peut encore prescrire l'arsenic sous forme d'*arséniate de soude*, depuis 4 milligrammes jusqu'à 2 centigrammes, soit sous forme de granules, soit sous forme de solution (eau distillée, 200 grammes; arséniate de soude, $0^{gr},04$; chaque cuillerée à café renferme 1 milligramme d'arséniate de soude). Il sera bon de prescrire en même temps une *hygiène alimentaire* sévère, analogue à celle de l'eczéma.

Localement, on emploiera le *glycérolé tartrique* de Vidal (1 gramme d'acide tartrique pour 30 grammes ou 20 grammes de glycérolé d'amidon) ou la *pommade à l'acide salicylique* au 50e et même au 30e, dans laquelle on incorporera de l'*oxyde de zinc* ou de *calomel*. Mais le plus souvent, il faudra recourir à une médication plus énergique, telle que les onctions avec le *glycérolé cadique* ou la pommade à l'*acide pyrogallique* à 5 ou 10 p. 100. Contre les démangeaisons, on conseillera des lotions avec une solution *phéniquée* au 100e ou l'application d'une pommade *mentholée* au 100e, mais surtout les douches tièdes.

Ce traitement, qui consiste dans l'admininistration d'une *douche* d'eau à 35° sur la colonne vertébrale pendant trente ou soixante secondes, une ou deux fois par jour, a été préconisé pour la première fois par Jacquet, dans le lichen plan, à l'exclusion de tout autre traitement externe et de toute médication interne. Cet auteur a relaté des cas de lichen plan guéris

uniquement par l'hydrothérapie tiède. Cependant, d'autres médecins n'ont pas toujours obtenu des résultats aussi remarquables.

Reste une variété de lichen plan, dont nous avons à indiquer le traitement, le *lichen plan corné*. Dans cette forme, on commencera par décaper la peau à l'aide d'applications *de savon noir;* on étendra ce savon sous forme d'une couche mince, sur un morceau de flanelle qu'on appliquera sur les plaques papuleuses; lorsque ces plaques seront ainsi débarrassées des produits épidermiques qui les recouvrent, on fera des onctions avec une pommade à l'*acide salicylique* au 50e ou au 30e ou à l'*acide pyrogalique* au 20e ou au 10e.

IV

Lichen scrofulosorum.

Le lichen scrofulosorum n'est pas un lichen, mais une péri-folliculite; les recherches de Jacobi en 1891 ont montré que cette péri-folliculite est d'origine tuberculeuse. De cette importante découverte, il découle que le traitement du lichen scrofulosorum doit être avant tout le traitement de la tuberculose en général, sur lequel nous n'avons pas à nous appesantir ici, que l'*huile de foie de morue* donnée à hautes doses doit être la base de ce traitement. Localement, on appliquera l'huile de foie de morue, soit sous forme d'onctions, soit sous forme d'emplâtres; mais il faut bien savoir que ce traitement est rarement accepté par les malades, surtout en ville. Dans ce cas, on emploiera, soit une pommade au *naphtol*, soit une pommade à l'*acide pyrogallique*, l'une et l'autre à 5 p. 100.

V

Lichen pilaire.

Le lichen pilaire ou kératose pilaire est encore une variété de folliculite, qui est caractérisée par la formation d'élevures

grisâtres, sèches, cornées, situées au niveau des orifices des follicules pileux, et localisées principalement sur le côté externe des membres. Comme souvent cette dermatose s'observe chez les sujets lymphatiques, on prescrira l'*huile de foie de morue* à hautes doses en hiver, l'*arsenic* en été.

Le traitement local consistera à décaper la peau. Pour cela, on savonnera avec un *savon à l'acide salicylique,* dans un bain, les parties atteintes, puis on appliquera tous les jours une *pommade salicylée* ou un *emplâtre salicylé*, à dose plus ou moins élevée suivant l'intensité de l'éruption. Si l'irritation produite était trop forte, on remplacerait pendant quelque temps la médication substitutive par des *bains d'amidon* et des *pommades calmantes.*

La *kératose de la face* est encore plus rebelle au traitement. On se servira également de *savon noir,* de pommades à l'*acide salicylique* et à l'*acide tartrique,* appliquées pendant la nuit. Le jour, on emploiera une poudre inerte. Dans les cas rebelles, on essaiera les *scarifications* linéaires quadrillées très serrées, faites tous les huit jours, suivant la méthode de Vidal.

Enfin dans la *kératose du cuir chevelu,* presque toujours suivie d'alopécie, on appliquera deux fois par semaine une *pommade soufrée* au 10e.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES PRURITS ET DES PRURIGOS

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Le prurit est cette sensation spéciale ressentie à la peau qui porte à se gratter. Ce phénomène se rencontre au cours d'un grand nombre d'affections cutanées; le propre de ces affections est de n'atteindre que les couches superficielles de la peau. Dans nombre d'elles, le prurit ne se montre que comme un accident d'importance secondaire, il n'occupe qu'une place relativement effacée dans leur histoire. Ce n'est pas ici le lieu de faire l'étude de ce prurit secondaire dont l'exposé et le traitement se rattachent à l'étude des maladies dans le cortège symptomatique desquelles il ne constitue qu'un phénomène de gravité tout à fait relative.

Il est des malades au contraire chez qui le prurit est le seul accident perceptible; il en est chez qui le prurit, tout en s'accompagnant d'éruptions plus ou moins importantes, paraît devoir être mis au premier plan du tableau pathologique; c'est de ces deux variétés de malades que nous nous occuperons dans ce chapitre.

Dans la première variété, le prurit prend une importance de premier ordre, devient une véritable infirmité, et cependant aucune éruption ne l'accompagne; les démangeaisons existent comme seul accident perceptible pendant des temps plus ou moins longs; elles persistent quelquefois indéfiniment sans qu'il existe simultanément aucune altération inflammatoire ou autre de la peau; ce sont ces prurits qu'on décrit sous le nom de *prurits simples* ou *idiopathiques*.

Dans la seconde variété, un certain nombre de malades, après avoir été tourmentés pendant un temps de durée très variable par un prurit accusé, voient apparaître sur les régions où le prurit s'était montré, une éruption papuleuse à aspect particulier, caractérisée par des papules plus volumineuses que celles du lichen, sans changement notable de couleur à la peau; bon nombre de papules présentent à leur sommet une croûte noirâtre résultant des excoriations produites par le grattage; ce sont les malades que nos maîtres de l'école française, Bazin, Hardy, Vidal, nous ont appris à considérer comme atteints de *prurigo vrai*, de *prurigo de Willan*. Ce prurigo peut être un accident aigu et passager ou constituer une affection prolongée et chronique.

D'autres malades enfin, après avoir été d'abord atteints d'un prurit simple ou d'un prurigo simple, voient se développer à la surface du corps des placards éruptifs polymorphes. Ces lésions nouvelles sont disposées en nappes inflammatoires étendues tantôt sèches tantôt humides, revêtant ici les aspects du lichen, là ceux de l'eczéma : ces lésions, par leur importance, masquent les lésions initiales dont on peut cependant retrouver souvent encore les traces. Les malades, arrivés à cette période de l'affection, étaient autrefois considérés comme atteints d'eczéma, de lichen; le même malade, suivant la période de sa maladie où on l'observait, figurait par moments dans la classe des prurits ou des prurigos, par moments dans la classe des eczémas ou des lichens. L'école française actuelle se refuse à promener ainsi de tels malades de la classe des prurits dans celle des eczémas ou des lichens suivant la pé-

riode où on les examine, elle réclame pour eux une place fixe et croit devoir les inscrire dans la classe des prurigos. Son opinion se base sur ce fait que le prurit existe à la naissance de l'affection, se maintient pendant tout son cours et paraît occuper depuis le commencement jusqu'à la fin le premier plan dans le tableau pathologique. Les éruptions polymorphes n'apparaissent que comme un accident secondaire, surajouté, transitoire, intermittent, nullement indispensable. Il y aurait dans l'évolution morbide de cette variété de prurigo trois périodes ou plutôt trois degrés : 1° le prurit simple; 2° le prurigo simple, 3° les éruptions polymorphes.

En clinique, il est difficile, il est impossible d'établir une délimitation entre les prurits, les prurigos simples et les prurigos complexes dont nous venons de parler; il est capital, pour traiter ces affections, de bien connaître les points d'union qui rattachent ces différents degrés, ces différents types morbides, et de savoir comment s'effectuent les transitions de l'un à l'autre : c'est pourquoi nous avons cru devoir fondre leur histoire dans un même chapitre.

Les liens qui unissent le prurigo simple au prurit simple sont tellement étroits que les dermatologistes anciens avaient jugé inutile d'établir entre l'un et l'autre une délimitation précise; ils avaient nettement indiqué l'union intime qui unit l'un à l'autre en décrivant le prurit sous le nom de prurigo *sine prurigine*.

Willan, le premier, donna une délimitation nette du prurigo en déclarant que la qualification de prurigo devait être réservée à une affection dans laquelle la démangeaison se montrait comme phénomène principal et était accompagnée de la production de papules de la même couleur que la peau adjacente. La définition donnée par Willan fut généralement admise par ses successeurs, et nous la voyons adoptée par Bazin, par Hardy, etc.; c'est sur cette dénomination que vivent les dermatologistes du milieu de ce siècle.

Sous l'influence d'Hebra, l'école de Vienne ne trouve pas place pour le prurigo de Willan dans ses définitions exclusi-

vement anatomiques, refuse de lui reconnaître une existence autonome, le rejette sur un plan tout à fait secondaire; elle éparpille et fond son histoire dans divers chapitres de la pathologie cutanée, dans l'eczéma papulatum, dans la gale, etc. Cette école réserve le qualificatif de prurigo pour l'affection décrite par Hebra.

La qualification de prurigo doit être, d'après Hebra, réservée à une affection qui débute dans la première enfance, vers l'âge de huit à dix mois; l'éruption se présente alors sous forme d'une urticaire; à mesure que l'enfant avance en âge, des papules de prurigo se substituent aux pomphi de l'urticaire; peu à peu elles prennent la prédominance sur l'éruption urticarienne qui devient de plus en plus rare, disparaît complètement ou ne se reproduit plus que par intervalles. L'éruption occupe le côté d'extension des membres, elle est plus abondante sur les membres inférieurs que sur les membres supérieurs. Les ganglions lymphatiques, principalement ceux de l'aine, subissent une tuméfaction indolente.

A un moment donné, quand la maladie a déjà acquis une certaine ancienneté, des placards lichénoïdes et eczématiformes viennent s'ajouter aux papules de prurigo. Enfin la peau s'épaissit, perd sa souplesse, se pigmente profondément. Des excoriations, produites par le grattage et disséminées sur toute la surface du corps, indiquent la persistance et l'intensité du prurit.

Les lésions cutanées sont plus accusées l'hiver; l'été, l'abondance plus grande de la transpiration contribue à les atténuer.

Pour Hebra, cette variété de prurigo est une affection destinée à durer toute la vie; elle se présente sous deux formes, une légère, une grave : cette dernière, prurigo ferox, est souvent assez pénible pour empoisonner l'existence du malade : enfant, il sera parfois incapable de fréquenter les écoles où il est la risée de ses camarades à cause du grattage incessant auquel il est obligé de se livrer, à cause des éruptions dont il est à chaque instant couvert; adulte, il sera déclaré im-

propre au service militaire et incapable de contracter mariage.

Besnier a montré que, chez bon nombre de sujets, il est possible de relever un état, une série morbide analogue à celle signalée par Hebra dans son prurigo. Au premier plan du tableau pathologique, dans un cas comme dans l'autre, le *prurit* qui constitue quelquefois pour le malade une véritable torture; à côté de lui, même apparition facile d'éruptions polymorphes, dans lesquelles la lichénisation et l'eczématisation viennent souvent masquer ou remplacer l'éruption du prurigo willanien; même résistance à tous les traitements et même ténacité de l'affection qui se prolonge pendant de longues années. Les malades, dont Besnier nous a appris à connaître l'affection, présentent avec ceux atteints de prurigo d'Hebra quelques différences. Les accidents, au lieu de débuter dans la première enfance, font souvent leur apparition dans la seconde enfance ou dans l'adolescence; les éruptions banales se reproduisent avec une plus grande facilité; l'affection, au lieu de présenter des exacerbations fatalement hibernales, a des maxima, des recrudescences saisonnières très dessinées, mais variables avec chaque sujet : chez l'un, ce sera au printemps que la maladie s'exaspérera; chez l'autre, l'été; chez l'autre, l'hiver; mais quand la maladie a adopté un type saisonnier, elle le conserve; chez chaque sujet, pendant toute la durée de l'affection, l'éruption restera printanière, estivale ou hibernale suivant qu'elle aura commencé par l'un ou par l'autre de ces types; quelquefois cependant on observera deux exacerbations régulières correspondant à deux saisons régulières de l'année.

Les métastases viscérales ne sont pas rares au moment où l'éruption disparaît; voici du reste dans quels termes Besnier résume l'ensemble des symptômes qui caractérisent ces prurigos pour lesquels il propose la qualification de *prurigos diathésiques* :

« Dans les prurigos diathésiques, le *symptôme premier* et le *premier symptôme* est le *prurit*, prurit intense, rémittent, exacerbant, à paroxysmes nocturnes et réguliers, et à exacerbations saisonnières. Très ordinairement la maladie apparaît

dès la première enfance, ou dans la jeunesse, mais elle peut débuter aux autres âges, d'une manière souvent insidieuse et presque toujours larvée, quelquefois même partielle. Caractère absolument fondamental, aucune des lésions qui l'accompagnent ou qu'elle provoque n'est spécifique. Dans la première enfance, ce peut être l'une quelconque des variétés nombreuses des érythèmes infantiles, des urticaires et des pseudolichens, ou l'une des formes d'eczématisation ou de lichénisation de la peau que le vulgaire réunit sous le nom de gourmes.

« Plus tard, quand la maladie sera constituée, on verra encore parfois reparaître quelques-unes de ces formes; mais ce seront surtout des lichénisations en papules, ou en plaques, ou en grandes nappes, et, au moment des paroxysmes, la folliculite et l'eczématisation sous formes variées de l'eczéma figuré, folliculaire, diffus, impétigineux, etc.

« Quand le processus abandonne momentanément ou décidément la peau, il n'est pas rare de voir se produire ou se développer des localisations internes dont l'emphysème, l'asthme bronchique, le catarrhe des foins, des phénomènes très variés de neurasthénie, constitueront plus tard la maladie prédominante, et représentant soit des alternances soit des successions phénoménales. Si l'on observe un groupe familial, on constatera que, dans un groupe de frères et de sœurs, l'un a un prurigo, l'autre des crises d'asthme et de l'emphysème, un troisième présente les deux localisations alternantes. Si on recherche l'hérédité, on trouvera chez les parents l'arthritisme nerveux, la goutte, l'emphysème, la neurasthénie ou l'une quelconque des formes du prurigo (Besnier).

« Ces prurigos diathésiques sont prurigineux, chroniques, exacerbants, diathésiques; à leur période d'état, ils ont pour éléments essentiels la lichénisation et l'eczématisation; leurs lésions sont multiformes et restent absolument banales. »

La qualification de prurigo ne doit plus être restreinte à la désignation d'une lésion anatomique, la papule de prurigo de Willan; elle doit servir à désigner une série d'affections

éruptives où le prurit est la note dominante et où l'éruption peut être d'aspect variable.

Pour Besnier, non seulement la conception vraiment médicale du prurigo, pour aucune espèce sans exception, ne comporte l'asservissement à l'idée de lésion spécifique, ni unique, mais encore de base fondamentale : plusieurs espèces de pruriginose, individualisées par l'ensemble complet de leurs caractères, n'ont pour manifestation éruptive, pour expression cutanée, que des processus banals et multiples tels que les phénomènes ortiés, la lichénisation, l'eczématisation, etc., et ne sont ni des urticaires, ni des lichens, ni des eczémas, etc.

S'il est en effet des maladies dans lesquelles la lésion par son unité, sa spécialité, sa permanence, ses réactions thérapeutiques, etc., prime l'ensemble syndromatique, et suffit à une caractéristique nosologique, toutes ne sont pas constituées de même, et il en est d'autres dans lesquelles la lésion, au contraire, par sa banalité, sa multiformité est primée par l'ensemble des caractères cliniques.

Et c'est sur le tableau morbide complet, et non sur la détermination de lésions multiples, mobiles et secondes, que doit être instituée l'unité syndromatique. C'est sur cette base seulement que l'on arrivera à épurer le groupe absolument artificiel et composite des eczémas et des urticaires, qui doit être entièrement démembré et classé, non pas d'après le phénomène banal de l'eczématisation ou de l'urtication, mais d'après l'étude complète des syndromes cliniques dont le phénomène éruptif est une simple expression.

Ce qui amène, et ce qui justifie, pour les prurigos de cette nature, y compris le prurigo d'Hebra, la qualification de diathésiques, c'est que les uns et les autres, quelles que puissent être les variétés de leur mode pathogénique, ne se produisent que chez des sujets prédisposés, c'est-à-dire ayant un mode nutritif anormal, lequel provoque ou entretient chez eux des maladies qui peuvent être différentes comme siège anatomique, comme forme symptomatique, comme évolution, comme processus pathologique, selon la lettre exacte du thème de Bouchard.

Prurigo diathésique veut donc dire prurigo d'origine interne, ou plutôt lié à des conditions individuelles de tissus et d'organes provoquées ou entretenues par un mode de nutrition anormal.

L'affection peut être mise en mouvement par une cause externe, accidentelle; mais elle est toujours dominée par l'influence diathésique; quand la cause provocatrice aura cessé son action, l'affection cutanée continuera son évolution; l'occasion déterminante n'existe plus; mais une fois établie, c'est-à-dire ayant passé les limites des formes frustes, avortées, temporaires, même quand elle a eu un agent provocateur extrinsèque, l'acariase, par exemple, la maladie devient, à temps ou à vie, une propriété morbide de l'individu, une diathèse de prurit; elle peut encore s'atténuer ou s'éteindre, c'est-à-dire subir une régression spontanée. Ces individus, chez lesquels se poursuit longtemps et quelquefois indéfiniment l'état de prurit, même après que la cause a, depuis déjà longtemps, cessé, sont des prédisposés. De même qu'un prédisposé conservera pendant des années un état permanent de tension ortiée, après avoir contracté de l'usage abusif des moules ou des fraises une urticaire vulgaire, de même il pourra, à la suite de la gale, conserver un prurigo prolongé ou permanent, etc. (E. Besnier.)

Les malades atteints de prurigo d'Hebra, de prurigos diathésiques, sont, on le voit d'après ces descriptions, des malades voués aux démangeaisons, destinés à se dilacérer la peau par le grattage pendant une grande partie de leur existence. Sur ce prurit viennent se greffer, par intervalles, des éruptions polymorphes, principalement de type papuleux, papuleuses simples, lichénoïdes, quelquefois humides et eczématoïdes. L'affection est éminemment chronique et naît sous l'influence des diathèses arthritique, herpétique; elle a toujours un maximum saisonnier très accusé. La plupart des éruptions qui l'accompagnent paraissent se développer sous l'influence de l'irritation causée par le grattage et les excitants extérieurs.

La tendance actuelle est donc à admettre deux variétés de

prurigo : 1° le prurigo simple, celui décrit par nos devanciers et bien étudié par Willan, Bateman, Bazin, Hardy ; 2° les prurigos composites dits diathésiques, dans lesquels l'éruption prend, à un moment donné, des aspects variables qui rapprochent, au point de vue objectif, les malades de ceux atteints d'eczéma, de lichen, beaucoup plus que de ceux atteints de prurigo simple. Mais l'allure générale de la maladie, l'importance que le prurit conserve chez ces malades depuis le début jusqu'à la fin, leur donnent droit d'être maintenus dans la classe des prurigineux : ce sont des prurigineux qui versent par moments dans les lésions lichéniformes et eczématoïdes, mais ce sont surtout et avant tout des prurigineux.

La qualification de prurigo attribuée au type morbide mis en relief par Hebra et aux prurigos diathésiques de Besnier n'est pas sans surprendre, sans offusquer les médecins qui ne vivent pas journellement au milieu des sujets atteints d'affections cutanées.

Quand des malades, arrivés à une période avancée de ces affections, ou traversant une crise d'inflammation aiguë de la peau, se présentent couverts de placards de lichénisation, d'eczématisation, il faut en avoir observé et suivi un certain nombre, il faut bien connaître la série pathologique à laquelle ils sont soumis, l'influence des conditions extérieures sur la production et la marche de leurs éruptions, pour donner comme étiquette à leur affection la qualification de prurigo, alors que les papules caractéristiques du prurigo simple n'existent plus ou existent en si petit nombre qu'elles se trouvent perdues au milieu des lésions banales qui leur ont succédé. Mais, quand on étudie ces malades à fond, quand on scrute leur passé, il n'est pas difficile d'établir que la papule de prurigo s'est montrée d'une façon presque constante, qu'elle existe parfois seule, qu'elle persiste souvent au milieu des autres lésions : il est surtout facile d'établir que le prurit constitue la note dominante dans l'histoire de ces malades. Les lésions lichénoïdes et eczématoïdes n'apparaissent que tardivement, passagèrement, peuvent faire défaut ; elles ne font

point partie intégrante de la maladie. Aujourd'hui la plupart des dermatologistes sont d'accord pour considérer placards de lichénisation et placards d'eczématisation comme des lésions accidentelles, surajoutées, secondaires, provoquées le plus habituellement par le grattage et les excitations extérieures.

L'influence nocive du grattage a été admise de tout temps par les médecins et par le public lui-même ; toute son importance a été mise en évidence, dans ces dernières années, par Vidal, par Brocq et Jacquet. Voici comment mon regretté maître Vidal comprenait la succession des accidents dans le prurigo d'Hebra et dans les prurigos diathésiques. Dans le prurigo d'Hebra, le prurit commence avec la dentition chez l'enfant; le grattage provoque l'éruption urticarienne; plus tard l'intensité et la répétition du grattage provoquent la production de papules à aspect de prurigo vrai; ces papules, en se réunissant, forment les placards de lichénisation. Des lésions secondaires d'inoculations microbiennes peuvent s'ajouter à ces lésions primitives; alors se montrent les lésions d'eczéma, les abcès superficiels. Ces accidents s'observeraient du reste plus facilement chez les sujets nerveux et lymphatiques.

Brocq et Jacquet ont montré à nouveau toute l'influence que le grattage exerce pour amener les éruptions papuleuses et urticariennes, la lichénification, la pigmentation de la peau.

Quand le prurit est passager et ne dure que peu de jours, les lésions amenées par le grattage consistent uniquement en quelques traces de coups d'ongle, en quelques papules de prurigo excoriées. Mais quand le prurit dure quelque temps, le grattage répété de la peau amène une inflammation chronique des téguments. Le derme s'infiltre peu à peu d'éléments embryonnaires; il s'épaissit, devient dur, rugueux; les papules s'hypertrophient. Après un laps de temps plus ou moins long, la peau offre un aspect assez spécial, caractérisé par de l'exagération de ses plis naturels qui forment une sorte de quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières, et par une infiltration plus ou moins accusée des téguments qui

ont perdu leur souplesse et leur consistance normales. Tel est le processus morbide auquel Brocq et Jacquet ont donné le nom de lichénification.

Tous les degrés peuvent s'observer dans ces modifications subies par les téguments. Tantôt les tissus sont très infiltrés, épaissis, sillonnés de quadrillages des plus nets, parfois hérissés d'éléments pseudo-papuleux des plus évidents : la lichénification est dans ce cas fort accentuée. Elle peut être à l'inverse très modérée, à peine marquée, réduite à une très légère exagération des plis naturels de la peau : dans les intervalles de ces plis, on aperçoit de petites facettes aplaties, brillantes, rappelant de loin les papules initiales du lichen plan, avec la coloration et la netteté des contours en moins. La peau ainsi irritée présente souvent une teinte bistre ; l'accumulation du pigment est une des conséquences du grattage répété de la peau, elle peut amener de véritables mélanodermies.

Jacquet a pu établir, chez un malade atteint de prurit hydatique, que, suivant l'intensité de l'excitation cutanée, on voyait se produire ou un prurit simple ou un prurit avec éruption urticarienne.

Un certain nombre d'expériences dues à Jacquet montrent d'une façon très nette l'action irritante des excitations extérieures sur la nutrition et la sensibilité de la peau.

Chez un malade atteint d'une érythrodermie prurigineuse avec infiltration embryonnaire du derme, un membre malade est maintenu d'une façon permanente dans la compression ouatée ; les démangeaisons s'éteignent rapidement et, au bout d'une dizaine de jours, l'infiltration embryonnaire inflammatoire de la peau a à peu près complètement disparu ; aucune amélioration analogue ne s'est produite dans le membre symétrique non enveloppé.

Sur une jeune fille atteinte depuis deux ans de prurigo classique, le bras droit est enveloppé d'ouate ; le prurit persiste, mais l'éruption cesse de se reproduire ; sur le bras gauche non enveloppé, prurit et éruption continuent.

Toutes les expériences montrent qu'il suffit de soustraire aux excitations extérieures par l'enveloppement un malade atteint de prurit et d'éruptions prurigineuses pour voir disparaître les éruptions d'abord, le prurit ensuite.

L'étude suivie des successions et des dissociations morbides dans les prurits et les prurigos peut se résumer dans cet aphorisme : « Ce n'est pas l'éruption qui est prurigineuse, c'est le prurit qui devient éruptif. » (Jacquet.)

L'influence des excitations de la peau, et particulièrement du grattage, sur l'explosion des inflammations cutanées est d'observation journalière : dans les prurits localisés, des éruptions sèches à aspect de lichen ou des éruptions humides à aspect d'eczéma se montrent sous l'influence du grattage dans les régions où ces prurits localisés se sont développés; quand les démangeaisons ont duré un certain temps, la peau devient épaisse, lichénisée et souvent suintante ; en pareil cas, personne ne met en doute les rapports de cause à effet qui unissent le grattage et l'apparition des modifications pathologiques de la peau. Dans les prurits généralisés, diathésiques, le lien entre le grattage et les éruptions eczématiformes, lichéniformes, était moins bien connu, et c'est le mérite de Vidal, de Besnier, Brocq, Jacquet d'avoir mis ce lien en évidence et d'avoir montré la place qu'il convient de donner, dans la genèse de ces éruptions multiformes, au prurit lui-même, au grattage et aux excitations extérieures.

Besnier a fait justement remarquer que, chez la plupart des prurigineux, il est possible de suivre la série pathologique suivante : au début, prurit paroxystique et nocturne, manifestations angio-nerveuses battant leur plein dans la nuit et donnant lieu successivement à la production de papules de types divers et d'excoriations sanguines, de folliculites, de lichénisations, d'eczématisations; enfin, quand l'affection a duré un certain temps, de pigmentations plus ou moins étendues, plus ou moins accusées. Cette série pathologique s'observe dans les prurigos aigus, quelque peu prolongés, aussi bien que dans les prurigos chroniques.

C'est un fait d'observation journalière que la peau de la plupart les malades atteints de prurigo, surtout de ceux atteints de prurigos aigus, est d' une excitabilité excessive; le moindre frottement y provoque l'apparition de congestions œdémateuses, particulièrement de bandes ou de taches urticariennes; souvent l'autographisme se dessine de la façon la plus nette : ce sont des peaux en état d'ébullition constante. C'est sous l'influence des congestions répétées, auxquelles elles sont sujettes, que se produisent les lichénisations, les eczématisations, les colorations pigmentaires si accusées chez certains malades atteints depuis longtemps de prurigo.

La gale dure rarement assez longtemps pour que les lichénisations, les épaississements et les pigmentations profondes de la peau l'accompagnent; les accidents provoqués par le grattage s'arrêtent ordinairement aux lésions papuleuses aiguës et eczématoïdes; les infections secondaires prennent souvent une place assez importante pour défigurer et masquer le tableau symptomatique ordinaire. Dans la phtiriase, quand celle-ci a duré un certain temps, les épaississements, les pigmentations profondes de la peau font suite aux éruptions d'urticaire et de prurigo. Dans le prurigo d'Hebra, on voit se succéder, à mesure que la maladie vieillit, dans la première enfance les éruptions de forme urticarienne; à un âge plus avancé, les papules du prurigo vrai; plus tard, les épaississement lichénoïdes, les eczématisations, enfin les colorations pigmentaires de la peau. Dans l'une comme dans l'autre forme des prurigos, prurigos de cause externe et prurigos diathésiques, la série pathologique est la même.

Les prurigos diathésiques se font remarquer par la facilité plus grande avec laquelle les éruptions banales, à forme de lichen et d'eczéma, se produisent chez certains malades, par l'influence que l'âge exerce sur la forme de ces éruptions dont la variété se modifie avec les qualités vitales différentes que la peau présente aux différentes périodes de la vie. Mais entre prurigos de cause externe et prurigos diathésiques, il n'y a, au point de vue du polymorphisme des éruptions, qu'affaire

de degré, de facilité, et non différenciation absolue : le prurigo de la gale et celui de la phtiriase peuvent, s'ils se prolongent un certain temps, s'accompagner à un moment donné de lésions lichéniformes, eczématoïdes, de pigmentations tout comme les prurigos diathésiques.

Deux influences paraissent agir d'une façon très active sur la marche des prurits et des prurigos ; c'est d'abord celle de l'heure : la plupart des prurits ont leur maximum d'intensité la nuit; c'est ensuite celle des saisons : l'hiver est souvent une saison désastreuse pour les malades qui sont atteints de prurits et de prurigos. Nous avons vu qu'Hebra avait insisté sur les réveils que l'hiver amène dans la forme morbide qu'il a décrite; Dühring a signalé que l'hiver était pour certains sujets l'occasion d'une véritable explosion de prurit, et le prurit hyemis a été jugé digne d'être décrit comme une variété distincte, beaucoup plus fréquente, beaucoup plus importante que le prurigo d'été. Besnier a montré que, dans les prurigos diathésiques, l'affection subit d'une façon très notable l'influence des saisons ; mais l'hiver n'est pas la saison constamment mauvaise pour tous les malades ; chez quelques-uns, ce sera l'été; chez d'autres, le printemps ou l'automne; chacun de ces malades aura une saison, toujours la même, pendant laquelle on verra le prurit s'exagérer.

Quelques prurits, quelques prurigos peuvent survenir sous l'influence des grandes névroses ou des affections *cum materia* du système nerveux dont ils sont souvent une des premières manifestations ; mais la plupart des prurits et des prurigos se rattachent à des intoxications connues, tel le prurit ictérique, ceux qui accompagnent le diabète, les affections urinaires, l'insuffisance hépatique ou rénale, l'alcoolisme, les injections de sérum ou celles de morphine; ailleurs la cause se trouve dans des intoxications mal définies telles que celles qu'entraînent les troubles gastriques ou intestinaux.

Chacun connaît l'importance que la mauvaise alimentation, les troubles de la digestion exercent chez l'enfant dans la pro-

duction des affections prurigineuses de la peau, particulièrement de l'urticaire. Comby et Feulard ont encore récemment insisté sur cette influence.

Le prurit sénile est considéré par beaucoup d'auteurs comme reconnaissant aussi une origine humorale; l'adultération du sang serait la conséquence du fonctionnement imparfait des organes et particulièrement des reins. Chez un certain nombre de vieillards, le prurit s'accompagne d'une atrophie très accusée de la peau qui n'est peut-être pas sans quelque relation de cause à effet avec celui-ci.

Mais en dehors de l'influence de toutes ces causes, il faut tenir compte des prédispositions spéciales, de l'idiosyncrasie qui s'accuse d'une façon toute particulière et des plus marquées dans les prurits et les prurigos.

Les excitations extérieures les plus légères sont capables de provoquer l'accès de prurit : au premier rang il convient de placer le grattage; mais souvent une simple variation des conditions de l'air ambiant, l'établissement d'un courant d'air, le passage du froid au chaud ou inversement, le frôlement des vêtements sur la surface du corps, un contact imprévu, une émotion morale suffisent à donner une crise au malade. Chez certains malades, tout repas est l'occasion du réveil et d'une crise du prurit.

La chaleur du lit est notée comme une des causes les plus capables de réveiller le prurit : le galeux n'est pas seul à en subir les influences nocives, la plupart des affections prurigineuses sont dans la même condition. L'influence du lit peut agir par l'élévation même de la température; mais elle agit probablement autant par le simple changement de température auquel le malade est soumis au moment où il se déshabille, par l'insuffisante protection que le vêtement de nuit donne contre les offenses extérieures. Le fait suivant autorise pareille hypothèse : si un malade, qui vient de se déshabiller, tarde quelque peu à se mettre au lit, l'accès de prurit éclate avant même qu'il se soit couché : il n'y a point là à parler de chaleur du lit; il est probable que l'excitation provocatrice du

prurit est due à l'action que le changement de milieu ambiant exerce sur la surface du corps exposée à l'air libre et incomplètement protégée par un vêtement moins complet.

Les prurigos sont habituellement des affections généralisées; il est loin d'en être de même pour les prurits. Certaines régions sont fréquemment atteintes de prurits localisés intenses et rebelles, telles sont les régions anale et vulvaire (*pruritus ani, pruritus pudendi seu vulvæ*), le scrotum, les narines, la langue.

L'un et l'autre peuvent se montrer à l'état aigu ou à l'état chronique; ceux-ci tirent le plus souvent leur origine d'une influence diathésique ou du trouble prolongé de fonctionnement d'un organe ; parmi ceux-là se rangent à la fois ceux qui naissent sous l'influence d'une cause externe, à action passagère, ceux que provoque une influence générale transitoire.

Les faits que nous venons de passer en revue expliquent pourquoi nombre de dermatologistes actuels reconnaissent une sorte de série pathologique graduée, dont les différents facteurs semblent pouvoir porter le nom de prurigos. Le phénomène démangeaison constitue l'accident capital; autour de lui viennent se ranger des éruptions à caractère inconstant. Le prurit simple occupe le bas de l'échelle ; le prurigo de Willan le milieu; les prurigos composites, désignés sous le nom de prurigos diathésiques, l'échelon le plus élevé.

Avec cette nouvelle manière de comprendre les prurigos, il serait peut-être logique de pousser plus loin encore l'agrandissement de la classe des prurigos et d'y faire entrer l'urticaire et un certain nombre de lichens localisés, affections prurigineuses avant tout, et dont l'éruption peut être prévenue ou guérie quand on a soin de mettre à l'abri des irritations extérieures la région où le prurit s'est déclaré. Le groupe des prurigos renfermerait ainsi toute une série d'affections qui ont entre elles ces caractères communs que : 1° le prurit constitue le phénomène premier en date, le phénomène prédominant pen-

dant tout le cours de la maladie ; 2° l'éruption, quelle que soit sa forme, ne vient que secondairement, se produit surtout sous l'influence du grattage provoqué par le prurit et les excitations extérieures

Voici du reste comment Besnier expliquait au récent Congrès de Londres la manière dont on doit comprendre le groupe des prurigos et les bases qui peuvent servir aux classifications dermatologiques actuelles :

« Le terme de prurigo, accompagné de qualificatifs adéquats, peut représenter, de la manière la plus correcte et sans la moindre ambiguïté, toutes les affections réunies dans ce groupe uninominal. L'adoption de cette terminologie, en établissant l'unité de radical dénominatif, permettra de mettre fin à la confusion résultant de la multiplicité d'espèces, de formes et de variétés arbitrairement nommées d'après des caractères exclusivement morphologiques.

3° Le mot de « prurit », dont la signification exacte est de désigner un symptôme commun à un grand nombre d'états morbides, n'a pas qualité pour représenter un syndrome, et encore moins pour servir de dénomination à une maladie ; il doit être restitué et restreint à la terminologie symptomatologique.

4° Le groupe des prurigos reconstitué comprend le genre prurigo de Willan et celles des espèces des genres Strophulus et Lichen qui avaient été depuis Hebra indûment disséminées dans les Érythèmes, les Urticaires, les Eczémas. En fait, la plupart d'entre elles, revisées et étudiées à nouveau conformément aux exigences de la dermatologie actuelle, sont déjà réintégrées dans les prurigos ; il n'y a plus qu'à régulariser et à compléter

5° L'essai poursuivi actuellement, par quelques dermatologistes éminents, de constituer un nouveau type de prurigo fermé, basé sur un caractère anatomique supposé spécifique, s'il aboutissait, laisserait persister la confusion que nous avons indiquée à l'égard des affections du même ordre nosologique que les prurigos et qui resteraient égarées dans les groupes des érythèmes, des urticaires, des eczémas

6° De base fondamentale plusieurs espèces de véritables prurigos,—dermatites prurigineuses, multiformes, chroniques, exacerbantes, — ont des lésions multiples et banales, au premier rang desquelles sont la lichénisation et l'eczématisation ; elles forment une classe importante parmi les prurigos qui sont liés à des conditions diathésiques propres aux sujets atteints ; elles constituent un des types les plus ordinaires des prurigos diathésiques.

7° La névrologie générale et la névro-pathologie dermatologique ne sont pas assez avancées pour que l'on puisse traiter à fond la question des angio-névroses, des névrodermies, des névro-dermites, appliquée à la théorie des prurigos.

8° Quel que soit le mode pathogénique immédiat qui préside à la production du prurit et des lésions primaires ou secondaires de la peau dans les prurigos, l'existence préalable d'adultérations sanguines, directes ou indirectes, d'ordre très complexe, présente de très grandes probabilités. Dans cette théorie, les prurigos seraient des toxidermies ou des auto-toxidermies temporaires, intermittentes, rémittentes, permanentes. Quel qu'il soit, toxinique, élément propre produit dans le liquide sanguin ou dans les espaces lacunaires par des réactions secondaires provoquées ou autonomes, l'irritant actionne les foyers sensitifs de l'axe ou les extrémités périphériques et crée, avec le prurit ou à sa suite, les troubles de circulation et de nutrition qui représenteront la série des lésions primitives parenchymateuses.

9° Le prurit, dans les prurigos, est *antérieur* et *supérieur* aux lésions. Le prurit autonome de la papule ou des autres états anatomo-pathologiques ne se confond ni avec le prurit local préalable, ni avec le prurit diffus qui en dépasse considérablement l'aire et les limites, et qui émane directement des irritations axiales ou périphériques primitives, et non de la lésion qui est contingente. Le prurit survit aux papules, les papules ne survivent jamais au prurit.

10° Dans les prurigos, l'action directe des conditions pathogènes se borne à produire dans la peau un état physio-

pathologique, une perturbation sensitive et nutritive et, pour les formes aiguës, une tension névro-vasculaire plus ou moins élevée ; mais elle ne réalise pas communément, à elle seule ni d'emblée, des lésions de surface. Ces lésions de surface, aiguës, lentes, chroniques, primaires ou secondaires, immédiates ou éloignées, comptent parmi les facteurs essentiels presque toujours nécessaires les actes traumatiques du grattage, etc. Convenablement et absolument protégée contre les traumatismes de toute sorte, la peau reste indemne de lésions de surface. »

Pour Brocq, l'application du qualificatif prurigo doit être faite d'une façon un peu différente et plus restreinte ; c'est dans ces termes que mon savant collègue exprimait son opinion au Congrès de Londres.

« Voici quelle est la question qui se pose. Doit-on réserver le mot de prurigo aux seules dermatoses dans lesquelles on observe, au moins au début, la papulo-vésicule caractéristique ? Ce premier parti serait, ce nous semble, ce qu'il y aurait de plus sage, car on éviterait ainsi toutes les confusions et l'on aurait une terminologie de la plus grande précision.

Doit-on au contraire élargir le sens du mot Prurigo et admettre qu'à côté du prurigo simplex, du prurigo-type Hebra, il y a un prurigo ferox Vidali, des prurigos diathésiques, des prurigos parasitaires ? Tout cela n'est en somme, au fond, qu'une affaire de convention à conclure.

Nous nous permettrons cependant de formuler les réserves suivantes. Si l'on dépouille le mot de prurigo du sens rigoureusement précis au point de vue objectif que nous aimerions mieux lui voir conserver, le terme de prurigo diathésique a un sens tellement large que l'on sera forcé de le préciser, et, dans ce cas, on pourrait peut-être adopter la nomenclature que nous avons proposée dans un de nos derniers articles, le mot de Prurigo ne signifiant plus alors que dermatose prurigineuse s'accompagnant d'une éruption visible.

1° Prurigo diathésique à forme objective de lichénification

pure circonscrite, pour désigner le lichen simplex, chronique, notre névro-dermite chronique circonscrite.

2° Prurigo diathésique à forme objective de lichénification diffuse, pour désigner nos névro-dermites diffuses.

3° Prurigo diathésique à forme objective eczémato-lichénienne, pour désigner les prurigos diathésiques vrais de E. Besnier.

4° Prurigo diathésique à forme objective de prurigo simplex pour désigner le lichen simplex aigu d'E. Vidal. (Prurigo temporaire auto-toxique de Tommasoli, Prurigo simplex de Brocq.)

5° Prurigo diathésique à forme objective de prurigo ferox, pour désigner le prurigo ferox d'E. Vidal.

6° Prurigo diathésique à forme objective de prurigo d'Hebra pour désigner le prurigo d'Hebra.

Mais, nous le répétons, nous aimerions mieux réserver le nom de prurigo aux seules dermatoses dont la lésion élémentaire capitale est la papulo-vésicule dont nous avons parlé plus haut, et dans ce cas on pourrait adopter la nomenclature suivante :

1° Névro-dermite chronique circonscrite, pour le lichen simplex chronique d'E. Vidal, dermatose dans laquelle les lésions objectives sont constituées par des lichénifications circonscrites accentuées.

2° Névro-dermites diffuses, pour les dermatoses prurigineuses diffuses qui ont comme lésions objectives des lichénifications superficielles.

3° Névro-dermites à forme objective eczémato-lichénienne pour les prurigos diathésiques de E. Besnier.

4° Prurigo simplex pour l'ancien lichen simplex aigu d'E. Vidal.

5° Prurigo d'Hebra pour le prurigo type d'Hebra.

6° Prurigo ferox Vidali.

Chaque forme morbide est ainsi désignée d'une manière précise qui ne prête à aucune ambiguïté. D'ailleurs, elles sont toutes unies entre elles par les liens les plus étroits ainsi que

nous l'avons fait remarquer en 1892, dans notre communication au Congrès de Vienne, sur les dermatoses prurigineuses et sur les anciens lichens. » (Brocq.)

La tendance est aujourd'hui à élargir le champ des prurigos. L'histologie n'a pas été capable de nous fournir un guide, un élément caractéristique permettant de définir anatomiquement le prurigo ; là comme ailleurs, l'élément spécifique lui échappe, et force nous est de revenir à l'observation clinique pour définir le prurigo. Or, celle-ci nous apprend qu'à côté des prurigos simples nettement définis et mis en lumière par les grands maîtres du commencement et du milieu de ce siècle, il en est d'autres qui, commençant et procédant comme eux, versent à un moment donné dans les éruptions banales du lichen et de l'eczéma; les malades chez qui de tels prurigos s'observent sont ordinairement atteints d'une tare diathésique, herpétis ou arthritis ; ils sont sujets à une série de complications viscérales bien mises en relief par Besnier; chez ces malades, le prurit reste le phénomène prédominant; la peau est d'une excitabilité toute particulière ; le grattage provoque des éruptions polymorphes; l'influence des saisons sur la marche des accidents est considérable ; l'affection est de longue durée et toujours multiannuelle ; son allure subit un certain nombre de modifications commandées par les transformations de vitalité de la peau que l'évolution et l'âge apportent avec eux. C'est à ces dermatoses prurigineuses avant tout, dont Besnier nous a appris à connaître les caractères et l'évolution, qu'on applique aujourd'hui la qualification de *prurigos diathésiques*.

On pourrait, en se servant de l'expression de Besnier, définir le prurigo : toute affection éruptive dont le prurit constitue chronologiquement le premier symptôme, et, au cours de l'évolution, le symptôme premier. A ce prurit peuvent s'ajouter des éruptions de modalités différentes, se présentant tantôt sous l'apparence de la papule du prurigo de Willan, tantôt sous l'aspect d'une éruption lichénoïde ou eczématoïde. La modalité de l'éruption est d'importance secondaire. Au

point de vue clinique, le fait capital est le rôle prédominant du prurit dans l'affection ; l'éruption n'est qu'un phénomène surajouté et accessoire, sa forme importe peu ; le point intéressant, c'est qu'elle est provoquée par le grattage et les excitations extérieures. Au point de vue thérapeutique, le grand fait est le suivant : dans ces affections, le prurit et le grattage sont les ennemis ; que le médecin arrive à mettre la peau à l'abri des excitations extérieures, les éruptions disparaîtront comme par enchantement.

Les considérations étiologiques et symptomatiques relatives à la conception la plus nouvelle et la plus large des prurigos, auxquelles nous venons de nous livrer, sont loin d'être purement spéculatives : elles conduisent à des conclusions pratiques dont l'importance est démontrée par l'observation de tous les jours. La plupart des prurigos n'arrivent que progressivement, par étapes et sous l'influence d'excitations extérieures, aux formes complexes et graves de la maladie ; les exacerbations sont produites par des conditions que nous sommes capables de saisir, telles que les influences saisonnières, alimentaires, nerveuses ; il y a tout un ensemble de causes provocatrices et aggravantes sur lesquelles nous sommes loin d'être sans action et nous pourrons, en supprimant ces différentes causes, faire descendre l'échelle à un prurigo, le ramener du prurigo composite au prurigo simple, de celui-ci au prurit simple.

Au point de vue du traitement, nous aurons à examiner la conduite à tenir en présence d'une affection prurigineuse suivant qu'elle se présente sous l'aspect des prurigos diathésiques, du prurigo simple ou du prurit pur : commençons par l'étude des formes simples.

II

Traitement des prurigos simples ou de Willan, des prurits généralisés ou étendus.

A. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES ET RÉGIME

Le traitement des prurigos simples ne diffère pas sensiblement de celui des prurits sans éruption : les quelques papules qui se produisent à la surface de la peau n'exigent pas un traitement particulier et ne modifient pas habituellement les indications thérapeutiques générales.

On établira d'abord si le prurigo ou le prurit sont de cause externe ou de cause interne. Si la maladie est de cause externe, phtiriase, gale, etc., la première indication sera de supprimer cette cause, ce qui est en général facile. Si le prurit paraît être d'origine interne, il faudra s'attacher à déterminer avec toute la précision possible les causes déterminantes et aggravantes.

Le malade sera soumis à un examen détaillé de tous les organes; leur état actuel, leurs défauts et leurs vices de fonctionnement seront recherchés avec soin. Les conditions de vie du malade seront fouillées en détail ; le médecin recherchera l'influence que la profession du patient, le milieu social dans lequel il se trouve, les événements les plus récents de son existence ont pu exercer sur l'accident qu'il s'agit de traiter. Il faudra s'informer des antécédents héréditaires, des diathèses dont le malade peut être atteint : herpétis, arthritis lymphatisme; rechercher les vices d'hygiène ou d'alimentation qui ont pu provoquer l'explosion de la maladie ; s'enquérir des causes susceptibles de réveiller les accès, de l'influence des saisons, des températures, de l'alimentation, du surmenage, etc.

Il sera bon, pour se faire une opinion exacte, de procéder à un examen approfondi de l'urine, quantité et qualité. On ne se bornera pas à rechercher l'albumine, le sucre, à doser

l'urée, l'acide urique, on recherchera les tares les plus obscures, la phosphaturie, l'oxalurie, la peptonurie, etc.

On arrivera ainsi à dépister les vices de nutrition qui peuvent exister chez le patient et à puiser de précieuses indications thérapeutiques.

Toutes les fois qu'une tare générale sera découverte, il faudra s'efforcer d'en obtenir l'atténuation ou la guérison; car nombre de prurits naissent ou se maintiennent sous l'influence de pareilles tares.

Le diabétique sera soumis au régime spécial que son état commande; au lymphatique, on prescrira l'*huile de foie de morue* l'hiver, les préparations *iodées*, les *glycéro-phosphates* pendant l'été; les arthritiques seront soumis aux préparations *alcalines* à doses élevées, etc.

Le *régime* des malades atteints de prurits, de prurigos doit être surveillé de très près. Sans parler des cas où une affection de l'estomac, du foie, de l'intestin, dilatation gastrique, rétention biliaire, etc., pourra être invoquée comme cause de l'état maladif de la peau et réclamera un traitement spécial, il faut craindre, chez tout sujet atteint de prurit ou de prurigo, que le mauvais état des voies digestives, les vices de l'alimentation soient, sinon la cause première, au moins une cause d'exaspération des accidents. Il est un certain nombre d'aliments dont les malades atteints de prurits devront s'abstenir ou n'user qu'avec précaution et modération, tels les poissons de mer, les coquilles de mer, les crustacés, la charcuterie, les conserves, les mets très épicés, les gibiers et particulièrement les viandes faisandées, les truffes, les fraises, les choux, les asperges, les végétaux acides, oseille, tomates, les boissons fortement alcoolisées, vin pur, liqueurs, le thé et le café en grande quantité.

L'alimentation se composera de préférence de viandes blanches rôties et grillées, de légumes verts et de fruits cuits; peu de sauces, surtout de sauces relevées. Les boissons seront le lait coupé d'eau, la bière légère, le vin de Bordeaux très étendu d'eau, une eau très légèrement alcoolisée, ou même

l'eau naturelle. Dans les formes intenses, il y aura quelquefois lieu de faire l'essai du régime lacté exclusif. La constipation devra être combattue avec rigueur. L'antisepsie intestinale, au moyen du *charbon*, du *benzo-naphtol*, du *salol* complétera avec avantage les effets du régime, surtout en cas de digestions manifestement défectueuses et de diarrhée.

Dans les cas sévères, Besnier commence toujours le traitement par la diète lactée absolue, revenant ensuite à l'alimentation graduellement, et guidé par les résultats observés.

Feulard déclarait encore récemment que, chez les enfants atteints de prurigos, ce qu'il fallait surtout surveiller, c'était le régime alimentaire. Chez les petits enfants, il suffit le plus souvent de régler l'allaitement; chez les plus âgés, d'empêcher qu'on donne le vin, le café, la bière, les sucreries, et surtout qu'on donne trop de viande; la suppression complète de la viande, au moins provisoirement, donne dans quelques cas des résultats surprenants.

Ce régime sévère doit être continué pendant des mois, pendant des années. C'est en poursuivant avec persévérance dans cette voie qu'on pourra enrayer dès l'enfance beaucoup de prurigos[1]. La thèse de Millon (1895) contient une étude très complète et très intéressante des manifestations cutanées qu'une alimentation vicieuse peut entraîner chez les enfants.

B. — TRAITEMENT INTERNE

Il n'existe pas de médicament ayant pour propriété de s'attaquer directement au prurit, d'être, à proprement parler, *antiprurigineux*; et beaucoup des médicaments qui ont la propriété d'exercer sur les phénomènes douloureux ordinaires une action sédative marquée sont loin d'avoir sur le prurit une action analogue; parmi eux, un certain nombre exercent même une action nuisible et éveillent facilement les démangeaisons; il en est ainsi en particulier pour les préparations *opiacées*, dont certains sujets ne peuvent prendre même une

1. *Congrès de Londres*, août 1896.

faible dose, sans être immédiatement tourmentés par des démangeaisons des plus pénibles; le *chloral*, le *bromure de potassium* produisent quelquefois des effets analogues.

Pour cette raison, les préparations de *valériane*, de *belladone*, de *jusquiame*, de *datura stramonium*, etc., seront essayées au début de préférence à ces divers médicaments.

1° La *valériane* est un des médicaments les plus usités; on pourra la prescrire sous une des formes suivantes :

℞ Extrait de valériane. . . . . } ââ. . 4 grammes.
Poudre de valériane . . . . . }
Poudre de feuilles d'oranger . . . . . Q. s.

F. s. a. A prendre en 4 à 10 fois par jour.

℞ Valériane pulvérisée. 0gr,25
Cannelle pulvérisée 0gr,05
Miel . . . . . Q. s.

M. pour un bol. 4 à 15 par jour.

℞ Extrait de valériane. . . . . }
Asa fœtida . . . . . }
Galbanum . . . . . } ââ. . 0gr,05
Castoreum . . . . . }

En une pilule. 3 par jour.

℞ Valérianate de zinc . . . . . 1 gramme.
Extrait de belladone. 0gr,10
Miel . . . . . Q. s.

Pour 10 pilules. 1 à 4 par jour.

℞ Valérianate d'ammoniaque 0gr,50
Extrait de valériane 0gr,50
Poudre de valériane . . . . . Q. s.

Pour 10 pilules. 1 à 5 pilules par jour.

℞ Acide valérianique . . . . . 3 grammes.
Carbonate d'ammoniaque . . . . . Q. s. pour saturer.
Extrait alcoolique de valériane. . . . . 2 grammes.
Eau . . . . . 95 —

M. s. a. 2 à 3 cuillerées à café dans une infusion de tilleul et de feuilles d'oranger (Pierlot).

2° L'*acide phénique* compte des partisans nombreux et des plus autorisés : Besnier, Brocq, Kaposi, Augagneur; il est pres-

crit, en général, à des doses variant de 50 centigrammes à 1 gramme. Il faut craindre son action irritante sur l'estomac et surveiller avec grande attention ses effets; l'examen des urines sera pratiqué régulièrement pour saisir dès leur apparition les premiers phénomènes de l'intoxication; si la coloration noire se montre, il faudra suspendre immédiatement l'emploi du médicament. Voici quelques-unes des formules les plus usitées :

℞ Acide phénique . . . . . 0gr,05 à 0gr,15
Magnésie décarbonatée. . . . . } Q. s.
Extrait de valériane . . . . . }
Pour une pilule. 2 à 6 pilules par jour (E. Besnier).

℞ Acide phénique . . . . . 2 grammes.
Poudre de gentiane . . . . . } ää Q. s.
Extrait de racine de gentiane. . . . }
Pour 60 pilules. 10 pilules par jour (Kaposi).

Le médicament ne doit pas être pris à jeun; il doit être absorbé au commencement ou à la fin des repas pour que son mélange avec les aliments adoucisse son action sur l'estomac.

3° L'*aconit* sera administré sous forme de teinture de racine, V à XXX gouttes, ou de teinture de feuilles, 2 à 5 grammes.

4° La *belladone* a paru dans un certain nombre de cas susceptible de calmer les démangeaisons; on l'ordonnera sous forme de pilules :

℞ Extrait de belladone. . . . . } ää 0gr,01
Poudre de belladone . . . . . }
En une pilule. 2 à 3 pilules par jour.

On pourra l'unir à l'aconit :

℞ Teinture de belladone . . . . . } ää 5 grammes.
Alcoolature de racine d'aconit . . . }
M. s. a. V à X gouttes matin et soir.

Schwimmer recommande l'emploi de l'*atropine* :

℞ Sulfate d'atropine. . . . . 0gr,02.
Gomme adragante. . . . . 1gr,50.
Glycérine. . . . . } ää Q. s.
Poudre de réglisse . . . . . }
Pour 20 pilules. 2 pilules par jour.

Cette dose est trop élevée pour être employée toujours d'emblée sans appréhension; il vaudra mieux commencer par des granules de sulfate et de valérianate, d'un quart ou d'un demi-milligramme.

5° L'acide *cyanhydrique* (solution officinale au 100e, V à XV gouttes par jour), le *cyanure de potassium* ne doivent être ordonnés qu'en s'entourant des plus grandes précautions.

6° Le *haschisch* sera prescrit sous forme de pilules :

℞ Extrait de chanvre indien. . . . . 1 gramme.
Acide gallique. . . . . 4 —

F. s. a. 40 pilules. 2 à 4 pilules.

℞ Teinture de cannabis indica.

XX à XL gouttes par jour (Bulkley).

7° Le *gelsemium* a été recommandé sous forme de teinture, X à LX gouttes dans les vingt-quatre heures.

8° Le *jaborandi* sera pris en pilules :

℞ Poudre de jaborandi . . . . . } ââ 10 centigr.
Extrait de jaborandi . . . . . }

Pour une pilule. 5 à 10 pilules par jour.

Le jaborandi doit être pris à jeun, une heure au moins avant le repas. Tenneson fait remarquer que l'action dépressive sur le cœur constitue une contre-indication chez les cardiaques, chez les vieillards, chez les sujets dont les reins fonctionnent mal.

Avant d'adopter de préférence les préparations de belladone ou de jaborandi, il sera bon d'étudier le fonctionnement de la peau, l'état de sécheresse ou de transpiration; suivant que l'un ou l'autre dominera, on adoptera les préparations de belladone ou de jaborandi.

9° L'*arsenic* sera donné sous forme de *liqueur de Fowler*, en élevant progressivement la dose de VI à XII gouttes par jour; de *bromure d'arsenic*, 5 dix-milligrammes à 1 milligramme après chaque repas (Brocq); de granules d'*acide arsénieux*, granules de Dioscoride, 4 à 12 par jour.

10° Les préparations de *cocaïne* ne paraissent pas avoir donné grand résultat.

11° La série des médicaments nervins a été prônée contre le prurit : la *quinine*, particulièrement, sous forme de bromhydrate, sera donnée à la dose de 40 à 80 centigrammes par jour, moitié à chacun des deux principaux repas ou en une seule dose donnée au repas du soir pour combattre le prurit nocturne ; l'*antipyrine*, à la dose de 1 à 3 grammes ; la *phénacétine*, un ou deux cachets de 25 centigrammes par jour.

12° Le *salicylate de soude*, à la dose de 3 à 5 grammes par jour, a été recommandé par Waldo, Wertheimer.

13° Chez quelques malades, les calmants pourront être administrés par la *voie rectale* sous forme de lavements ou de suppositoires, ou par la méthode des injections hypodermiques.

℞ Racine de valériane.	30 grammes.
Faites infuser dans :	
Eau bouillante.	250 —
Passez et ajoutez :	
Asa fœtida.	4 —
Jaune d'œuf	N° 1.

M. s. a. Pour un lavement.

14° Les *injections hypodermiques* seront employées avec avantage dans quelques cas, surtout chez les malades dont l'estomac fonctionne mal.

℞ Chlorhydrate de pilocarpine. .	0gr,10
Eau distillée..	10 grammes.

Dissolvez. 1 centimètre cube par jour.

ou :

℞ Sulfate neutre d'atropine. . . .	0gr,10
Eau distillée..	100 grammes.

Dissolvez. 1/2 à 1 centimètre cube par jour.

ou :

℞ Sulfate d'atropine	0gr,01
Chlorhydrate de morphine . . .	0gr,10
Eau de laurier-cerise.	20 grammes.

M. s. a. 1 à 2 centimètres cubes, dans les cas où l'insomnie et l'agitation

causées par le prurit seront très accusées, en ayant soin de surveiller de très près les effets des premières injections pour s'assurer que la morphine, même associée à l'atropine, n'exerce aucune action provocatrice sur le prurit.

L'*arsenic* pourra être injecté sous une des formes suivantes :

℞ Liqueur de Fowler . . . . . 1 partie.
Eau distillée . . . . . 2 —
M. s. a. 1/2 à 1 centimètre cube.

Il sera bon d'ordonner une liqueur de Fowler *non alcoolisée;* la présence de l'alcool rend l'injection douloureuse. On pourra employer l'arséniate de soude :

℞ Arséniate de soude. . . . . 10 grammes.
Eau distillée . . . . . 0gr,05 à 0gr,10
Dissolvez. 1/4 de seringue.

15° L'influence des *saisons* sur la marche du prurit pourra fournir quelques indications; chez les malades pour qui l'hiver est une cause d'exaspération, on pourra essayer l'influence des sudorifiques en graduant progressivement leur activité : boissons sudorifiques, *bardane*, *salsepareille*, etc., préparations de *jaborandi*, *frictions* légèrement excitantes et au besoin *bains de vapeur*, *étuves sèches*.

Si les exaspérations se produisent à l'occasion de l'été, on essayera les effets de la *belladone* ou de l'*atropine*, du *tannin*, du *phosphate de chaux*, de l'*agaric*, du *seigle ergoté* et de l'*ergotine*, les *lotions vinaigrées*, toutes préparations qui ont pour but de modérer la congestion de la peau et l'activité des glandes sudoripares.

Pour calmer l'agitation de la nuit, on emploiera les préparations de *valériane*, le *valérianate d'ammoniaque*, le *sulfonal*, la *belladone* et ses dérivés, de préférence aux opiacés, au bromure de potassium, qui ont pour propriété d'accroître chez quelques malades les démangeaisons. Avec les *injections de morphine*, quand elles réussissent, il est à craindre que le malade affecté de prurit chronique ne soit conduit à l'habitude et à l'abus du médicament.

C. — TRAITEMENT EXTERNE

1° *Lotions.* — Un certain nombre de lotions exercent une action calmante quelquefois très marquée ; elles seront faites avec de l'eau simple très *chaude*, avec une décoction de *racine de guimauve*, de *son*, de *camomille*, de *racine d'aunée*, avec de l'eau simple à laquelle on pourra ajouter une des substances suivantes :

Par verre :

Vinaigre	1 à 4 cuillerées à soupe.
Eau phagédénique	1 à 4 — —
Créoline	1 cuillerée à café.
Sulfure de sodium	20 grammes.
Ichthyol	20 à 40 grammes.
Naphtol β	2 à 5 —
Acide benzoïque	2 à 5 —
Carbonate d'ammoniaque	5 à 10 —
Alcool mentholé	4 à 10 —

Par litre :

Bromure de potassium	5 à 50 grammes.
Tabac à fumer	1 à 5 —
Acide phénique	5 à 10 —
Sulfate de cuivre	1 à 5 —
Feuilles de coca	1 à 5 —
Cyanure de potassium	2 —
Sublimé	30 à 50 centigrammes.
Acide cyanhydrique médicinal à 1 p. 100	4 à 8 grammes.

On pourra encore employer :

L'*alcool camphré* additionné de trois parties d'eau chaude ;

L'*éther sulfurique ;*

L'*éther de pétrole ;*

L'*eau chloroformée.*

Les badigeonnages avec les *solutions éthérées* ou *alcooliques* amènent souvent un soulagement temporaire par la sensation de froid qu'elles procurent.

Taylor recommande la lotion suivante :

℞ Feuilles de belladone	ââ.	7 grammes.
Feuilles de jusquiame		
Feuilles d'aconit		1gr,80
Acide acétique		30 grammes.
Eau		350 —

F. s. a.

Voici quelques-unes des formules les plus usitées :

℞ Hydrate de chloral		5 à 10 grammes.
Eau		250 —

Dissolvez.

℞ Hydrate de chloral		4 grammes.
Glycérine	ââ.	25 —
Alcool		
Eau		150 —

M. s. a.

℞ Hydrate de chloral	5 grammes.
Hydrolat de laurier-cerise	50 —
Eau distillée	200 —
Alcool de lavande	100 —
Esprit-de-vin	150 —
Éther sulfurique	2gr,50
Aconitine	1 gramme.

M. s. a. (Kaposi.)

℞ Lait d'amandes	250 grammes.
Sublimé	0gr,25
Chlorhydrate d'ammoniaque	0gr,25

M. s. a. (Hardy.)

℞ Chloral	1 gramme.
Eau distillée	25 —
Glycérine	25 —
Lait d'amandes	230 —
Soufre	5 —

M. s. a. Trois lotions par jour. (Hardy.)

℞ Carbonate de potasse	1 gramme.
Eau distillée de laurier-cerise	20 —

ou :

℞ Eau distillée	100 grammes.
Sublimé	1 —
Alcool	Q. s.

M. s. a. Une cuillerée à café pour une lotion. Trois lotions par jour (Doyon).

℞ Lait d'amandes.	100	grammes.
Soufre.	10 à 20	—

M. s. a. (Hardy.)

℞ Acide phénique	25	grammes.
Glycérine neutre pure	100	—
Eau distillée.	400	—
Essence de thym.	Q. s. pour aromatiser.	

M. s. a.

Une à quatre cuillerées à soupe dans un verre d'eau chaude (Brocq).

℞ Borax	7	grammes.
Glycérine	30	—
Alcool camphré.	15	—
Eau de roses.	220	—

M. s. a. (Dühring.)

℞ Eau de chaux. . . . . }		
Glycérine. . . . . }	âà. .	30 grammes.
Huile d'amandes douces.	60	—
Essence de romarin.	V gouttes.	

M. s. a. (Bazin.)

℞ Sous-nitrate de bismuth.	7	grammes.
Acide hydrocyanique dilué . . .	7	—
Émulsion simple	120	—

M. s. a.

℞ Eau de laurier-cerise	300	grammes.
Sublimé. . . . . }		
Chlorhydrate d'ammoniaque }	âà	0gr,30
Alcool camphré.	30	grammes.
Teinture de benjoin.	10	—

M. s. a.

On pourra aussi utiliser les alcoolats aromatiques, *eau de Cologne*, *alcool de menthe*, *alcoolat de romarin*, étendus de deux à quatre fois leur volume d'eau; l'alcool additionné de 2 à 10 p. 100 de *menthol;* l'*huile phéniquée* à 2 p. 100; l'*huile mentholée*, 5 à 10 p. 100.

Les lotions généralisées pourront être faites deux fois par jour. La température à laquelle une lotion aqueuse doit être faite ne peut être fixée à l'avance d'une façon absolue; certains

malades se trouvent bien de lotions très chaudes, au-dessus de 35°; chez d'autres, au contraire, le calme se dessine après des lotions à température basse; il y aura donc là matière à tâtonnement, et il faudra étudier chaque malade.

2° *Pommades.* — Des onctions avec une substance grasse, sans addition de substance médicamenteuse, peuvent suffire à calmer certains prurits, un mélange de deux parties de *lanoline* avec une partie de *vaseline* et une partie d'eau, par exemple ; mais l'addition d'une substance médicamenteuse permet de graduer l'intensité des moyens d'action.

Les pommades pourront avoir pour excipient la vaseline, la lanoline, l'axonge fraîche; mais on préférera les *glycérolés* ou l'*onguent de zinc* composé de parties égales d'oxyde blanc de zinc et de vaseline. Besnier prescrit cet onguent de préférence aux glycérolés qui ont la propriété de provoquer une sensation de froid pénible quand on les applique sur une grande surface et qui s'altèrent facilement.

Le *goudron,* dont l'emploi est si répandu en thérapeutique cutanée et dont l'action est souvent si marquée sur les prurits secondaires de l'eczéma et de nombre d'autres dermatoses, n'a que peu d'influence sur les prurits généralisés.

Le *glycérolé tartrique* de Vidal procure souvent un soulagement notable :

℞ Acide tartrique . . . . . 1 gramme.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre. 20 —
M. s. a.

L'*acide phénique* est, pour beaucoup de dermatologistes, la préparation préférée; on le prescrira à la dose de 1 à 3 et même 5 p. 100 : il sera souvent avantageux de l'associer à l'oxyde de zinc.

On pourra encore prescrire pour 100 grammes d'excipient :

Menthol.	0gr,10	à 1	gramme.
Acide salicylique.	1	à 5	—
Salol.	1	à 5	—
Naphtol-β.	10	à 15	—
Chloral	5	à 10	—

Ou une des pommades suivantes :

℞ Acide phénique cristallisé		1 gramme.
Oxyde de zinc		15 —
Vaseline ou axonge		45 —

M. s. a.

Ou :

℞ Acide phénique cristallisé		2 grammes.
Oxyde de zinc, Vaseline	ää.	50 —

M. s. a. (Besnier.)

℞ Axonge		60 grammes.
Acide tartrique		2 —
Acide phénique		1 —
Essence de menthe		1 —

M. s. a. (Quinquaud.)

℞ Onguent de zinc		60 grammes.
Hydrate de chloral, Camphre	ää.	7 —
Lanoline, Vaseline	ää.	20
Huile d'amandes douces		5
Oxyde de zinc		10
Calomel		2gr,50
Essence de menthe		1gr,50

F. s. a. une pâte bien souple. (D. Bulkley.)

℞ Vaseline		20 grammes.
Naphtol-β	1 à 2	—

M. s. a.

℞ Vaseline		20 grammes.
Acide salicylique		0gr,25 à 0gr,50

M. s. a.

℞ Alun		1 gramme.
Camphre		0gr,75
Axonge		30 grammes.

M. s. a. (Gibert.)

℞ Goudron		15 grammes.
Laudanum de Rousseau		2
Vaseline		60 —

M. s. a.

℞ Résorcine	2	grammes.
Ichthyol	4	—
Lanoline	60	—

M. s. a.

℞ Camphre	4	grammes.
Hydrate de chloral	4	—
Onguent rosat	30	—

M. s. a. (Bulkley.)

℞ Vaseline	20	grammes.
Oxyde de zinc	1	—
Menthol	0gr,20 à 0gr,40	

M. s. a.

℞ Menthol	1 à 5	grammes.
Oxyde de zinc	10	—
Vaseline, Axonge, àà	25	—

M. s. a.

Les pommades à la cocaïne, à la morphine, à la belladone, au calomel, devront être réservées aux prurits localisés à de petites surfaces.

3° *Poudres.* — Le saupoudrage est un traitement d'une application facile et d'une efficacité souvent grande. Il sera avantageux pour nombre de malades de vivre presque constamment dans la poudre; ils devront se poudrer immédiatement après les applications de pommades, après les lotions, après les bains; quand les crises de démangeaisons commenceront, le poudrage pourra les arrêter, les atténuer.

Les saupoudrages doivent être pratiqués largement et doucement.

Pour appliquer la poudre, le meilleur procédé est de la prendre dans la paume de la main et de frictionner doucement les surfaces malades.

La poudre peut encore être étendue sur des compresses de lint avec lesquelles on pratique un enveloppement à sec des régions prurigineuses.

Quand le prurit est irrésistible, le malade s'efforcera de le calmer en faisant des frictions à l'aide d'une brosse de fla-

nelle douce ou d'un tampon de coton fin imprégné de poudre au lieu de gratter avec ses ongles (Besnier).

On pourra se servir de poudres d'*amidon*, de *talc*, de *lycopode*, d'*oxyde de zinc*, de *salicylate* ou de *sous-nitrate* de *bismuth*, de *camphre*, etc.; il sera bon souvent de faire des mélanges combinés variables avec l'impressionnabilité des malades.

℞ Poudre d'amidon . . . . . 100 grammes.
Sous-nitrate de bismuth . . . .
Carbonate de bismuth . . . . . } ââ. 5 à 25 —
Oxyde blanc de zinc . . . . . .
Acide salicylique . . . . . 1 à 3 —

M. s. a. Cette poudre a l'avantage d'être très adhérente. (Besnier.)

℞ Talc . . . . . .
Oxyde de zinc . . . . . } ââ. . 30 grammes.
Poudre d'amidon . . . . . .

M. s. a.

℞ Camphre finement pulvérisé . . . . . 1 —
Acide phénique . . . . . 1 gramme.
Talc . . . . . 90 —

M. s. a. (Lassar.)

℞ Poudre d'amidon . . . . . 90 grammes.
Salicylate de bismuth . . . . . 10 —

M. s. a. (Besnier.)

4° *Bains.* — L'action des bains est fort variable, fort incertaine, et c'est mode de traitement qu'il ne faut employer qu'avec circonspection et surveillance minutieuse.

Les bains prolongés, maintenus pendant plusieurs heures, plusieurs jours, sont ceux qui paraissent susceptibles de procurer des améliorations notables; mais la difficulté de leur application les rend impraticables pour la majorité des malades.

Les bains qui ont paru procurer du soulagement dans un certain nombre de cas, sont les bains additionnés de :

1° Amidon . . . . . 200 à 500 grammes.

Délayer dans 2 litres d'eau et mélanger au bain lentement et en agitant.

2° Son. . . . . 1 à 2 kilogrammes.

Renfermer dans une étoffe creuse; plonger dans le bain et malaxer jusqu'à ce que l'eau ait pris un aspect trouble.

3° Tilleul. . . . . 1 kilogramme.

Infuser pendant une heure dans 10 litres d'eau; passer et mélanger à l'eau du bain.

4° ℞ Vinaigre simple ou aromatique. 1 litre.
Sous-carbonate de soude. . . . 100 à 250 grammes.
Carbonate de soude. . . . . 100 grammes.
Sel marin. . . . . 20 —
Sulfate de soude. . . . . 60 —
Gélatine. . . . . 100 —

M. s. a.

(Bain de Plombières artificiel.)

5° Sulfate de cuivre. . . . . 45 grammes.

Ou :

Trisulfure de potassium solide. . 50 à 100 grammes.

Faire dissoudre au moment du bain dans 1 litre d'eau chaude.

6° ℞ Hydro-sulfure de soude cristallisé.. } ââ 60 grammes.
Chlorure de sodium cristallisé. . . }
Carbonate de soude desséché. . . . . 30 —

M. s. a.

(Bain de Barèges artificiel.)
Dissoudre dans 1 litre d'eau.

Les bains sulfureux doivent être pris dans des pièces spéciales, dans des baignoires de bois, de zinc ou de fonte émaillée.

7° ℞ Bichlorure d'hydrargyre. . . . . } ââ 15 grammes.
Sel ammoniac. . . . . }

M. s. a.

Pour un bain. (Baignoire spéciale.)

Se méfier des absorptions trop abondantes en cas d'effractions de la peau.

Les derniers bains, bains sulfureux et bains de sublimé, qui possèdent une action excitante très marquée sur la peau, doivent être surveillés de très près : on peut observer une exacerbation du prurit à la suite de leur emploi. Quelques malades s'en trouvent cependant bien.

5° Les *douches* pourront être essayées : il faut craindre les douches administrées sans précautions, les jets trop puissants, les températures trop élevées ou trop froides; la douche qui convient au malade atteint de prurit, c'est la douche tempérée, en pluie ou en arrosoir, avec la percussion la moins forte possible; le mieux sera de la donner dans les conditions que Jacquet et Béni-Barde nous ont appris à appliquer dans le lichen plan : température agréable au malade (34° à 37°), durée de trois à six minutes.

6° Les *fumigations* sèches sont quelquefois suivies d'un soulagement rapide; mon regretté maître Vidal essayait volontiers les fumigations du *cinabre* chez les malades à peau sèche atteints de prurits rebelles; Besnier est d'avis que les fumigations mercurielles doivent être maniées avec prudence par crainte d'intoxication.

Dans les cas où la sudation paraîtra réduite, il sera bon d'essayer les *bains de vapeur* ou les *étuves sèches*.

Les malades atteints de prurigos et de prurits chroniques ne devront être envoyés qu'avec grande prudence aux *stations hydro-minérales*. Les stations peu minéralisées devront généralement avoir la préférence, *Néris*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Plombières*, *Royat;* cependant des stations sulfureuses, *Luchon*, *Saint-Sauveur*, *Aix-la-Chapelle*, *Ragatz*, etc., comptent des succès incontestables; *Loëche*, avec ses bains prolongés, se trouve dans des conditions avantageuses pour donner d'heureux résultats.

Le traitement consistera en bains prolongés, en douches en pluie tièdes, en étuves.

7° *Enveloppements*.

Pour remplacer l'usage des bains prolongés, Besnier conseille l'enveloppement dans la *toile caoutchoutée* le jour; les enveloppements humides la nuit. L'enveloppement de la totalité ou d'une partie du corps dans des toiles très fines de caoutchouc peut se concilier avec toutes les exigences de la vie active. L'enveloppement se fait en recouvrant la surface

du corps d'une toile caoutchoutée mince et souple, susceptible d'être appliquée très exactement sur les parties sous-jacentes; cette toile est maintenue et adaptée au moyen de bandes de gaze ou de toile fine; on peut aussi faire porter au malade des vêtements, chemises, gilets, pantalons en toile caoutchoutée appliqués directement sur la peau.

Dans les prurits, la peau suinte quelquefois pendant les premiers jours de l'application; en pareil cas, le pansement doit être renouvelé plus ou moins souvent suivant l'abondance du suintement. Quand la peau ne suinte pas ou ne suinte plus, la toile caoutchoutée peut être maintenue en place pendant plusieurs jours sans que le pansement soit levé.

Voici dans quels termes Besnier formule les conditions dans lesquelles les enveloppements humides doivent être pratiqués.

La nuit, ou pour des cas plus particulièrement sévères, on interposera entre la toile de caoutchouc et la peau des pièces de tarlatane ou des pièces de lint moites de solutions diverses que nous allons indiquer; bien étanchées avant d'être appliquées, tièdes et couvertes de toile imperméable aussi fine que possible (cette recommandation est absolue) et soigneusement maintenue avec des bandes de tarlatane souples et fines.

Selon la saison et les conditions particulières, le malade est placé dans son lit, les couvertures élevées par un cerceau, mais recouvert d'un peignoir de coton ou même de flanelle; si les conditions du traitement sont bien exécutées, les compresses restent moites, et le malade n'a aucun refroidissement.

Les enveloppements sont faits soit avec de l'eau simple préalablement *bouillie*, avec de l'*eau de pluie*, toutes les fois où on le peut, ou avec des *infusions* ou *décoctions* de toutes les espèces émollientes ou astringentes, narcotiques, etc.; nous nous servons le plus habituellement d'eau bouillie additionnée de 5 p. 100 de *glycérine;* quelquefois de décoction de 1 à 5 p. 100 de *feuilles de coca*, et nous commençons toujours par des applications simples; c'est seulement en cas d'insuffisance, ou quand le malade a bien appris à faire l'enveloppement, que nous ajoutons au liquide des substances médi-

camenteuses, toujours à des doses très faibles au début, et d'autant plus faibles que la surface enveloppée est plus considérable. Les enveloppements sont faits avec des solutions tièdes.

Pour l'enveloppement général ou étendu à de grandes surfaces, les titres des solutions doivent toujours être faibles et élevés seulement d'une manière graduelle ; leur composition peut être indéfiniment variée.

En voici quelques-uns :

Par litre d'eau :

5 à 10 grammes de vinaigre commun,
0gr,25 à 1 gramme d'acide phénique,
0gr,25 à 1 gramme d'acide salicylique,
1 à 5 grammes d'acides tartrique, borique, etc.,
1 à 10 grammes de bicarbonate de soude,
0gr,25 à 2 grammes de borate de soude,
1 à 10 grammes de salicylate de soude avec autant de bicarbonate de soude,
0gr,01 à 0gr,05 de deutochlorure de mercure,
1 à 10 grammes d'ichthyol,
(Solution assez active mais insupportable à la plupart des malades à cause de l'odeur.)
5 à 25 grammes de coaltar saponiné.

(E. Besnier.)

Dans les cas de prurits très rebelles, on pourra essayer l'enveloppement dans les *colles*. Nous étudierons ce mode de pansement à propos des prurits localisés auxquels il est plus directement applicable. Disons dès maintenant que cet enveloppement ne présente pas les dangers que pourraient faire craindre à première vue les expériences des physiologistes sur les accidents provoqués par l'enveloppement du corps dans des substances imperméables.

8° *Électricité.* — L'électrisation a surtout été employée pour les prurits localisés ; en cas de prurit généralisé, on pourra cependant essayer les *courants continus* ou mieux encore les *effluves d'électricité statique*, le traitement par les *souffles électriques*.

9° Le *vêtement* du malade atteint de prurigo ou de prurit comporte quelques indications.

La peau sera recouverte de linges de toile fine; on évitera avec grand soin le contact des étoffes de laine. Les vêtements seront plutôt légers.

10° Si un prurit simple, un prurigo de Willan viennent, à un moment donné, à se compliquer de *lésions eczématiformes* ou *lichénoïdes*, ils deviennent justiciables du traitement ordinaire des prurits localisés compliqués ou des prurigos diathésiques, suivant l'étendue, l'importance que présentent les lésions surajoutées. (Voir plus loin.)

11° Le *prurit d'hiver* (prurigo de Dühring) demande quelques précautions spéciales en dehors des conditions de traitement du prurit en général. Le malade sera couvert chaudement; les vêtements en contact avec le corps seront en toile mince et non en laine; le malade portera des gants de peau et non de laine ou de fourrure.

Les draps du lit seront de toile fine; les couvertures légères. La nuit, on pratiquera des enveloppements humides. Dans le jour, le corps sera saupoudré de poudre d'*oxyde de zinc* ou de *bismuth*.

Contre ce prurit *hiemalis*, Dühring recommande les onctions avec la vaseline ou la glycérine simple ou additionnée d'*acide phénique* ou de *goudron*. Il ne faut user des corps gras, des pommades, qu'avec grande prudence; si ces applications procurent un soulagement manifeste à quelques-uns, les malades ne sont pas rares chez qui leur emploi est suivi de phénomènes d'irritation plus ou moins accusés, cuissons, érythèmes. Il faudra donc surveiller avec grand soin les premières applications de corps gras, dans les cas surtout où on aura jugé bon de les additionner de quelque substance active.

Les bains, que Dühring recommande de prendre modérément chauds, constituent aussi un traitement à résultat inconstant, et quelque fois plus nuisible qu'utile. Les bains de va-

peur à basse température sont de beaucoup préférables aux bains ordinaires.

Quand le prurit sera localisé, il sera traité de préférence par les topiques non excitants. (Voir plus loin.)

12° *Chez les vieillards*, les enveloppements humides, les lotions devront être pratiqués avec une extrême prudence, afin d'éviter les refroidissements dangereux à cette période de la vie.

Ellice M. Alger, de New-York, recommande la mixture suivante, qui agirait à la fois comme calmant, comme diurétique et comme stimulant de la fonction sudorale ; en outre elle abaisserait la tension artérielle généralement exagérée par suite d'artério-sclérose.

℞ Bromure de sodium.	8	grammes.
Iodure de sodium	4	—
Salicylate de soude	8	—
Acétate de soude	4	—
Infusion de gentiane	60	—

F. s. a. mixture.

Une cuillerée à café de cette solution dans de l'eau une heure après chaque repas.

III

Traitement des prurits localisés.

Les prurits localisés sont extrêmement communs ; certaines régions y sont particulièrement prédisposées, l'anus, la vulve, le scrotum, les narines, la paume des mains, la plante des pieds. Il n'est pas rare d'observer aussi sur les membres des prurits localisés ; c'est ainsi que certaines éruptions, principalement des éruptions sèches des membres, le lichen simple circonscrit de Vidal par exemple, sont souvent précédées d'une période de prurit simple plus ou moins prolongée.

Entre la marche de ces éruptions et celle des prurits localisés péri-orificiels, les analogies sont complètes ; le prurit commence, le grattage et les excitations extérieures deviennent

NOV 21 1917 LIBRARY

les causes déterminantes des éruptions; la suppression des excitations extérieures amène le soulagement et la guérison. Au point de vue pathogénique et thérapeutique, le rapprochement des uns et des autres me paraît absolument légitime.

Les traitements que nous allons étudier sont donc applicables à un certain nombre de lésions localisées et circonscrites des membres éminemment prurigineuses aussi bien qu'aux prurits plus spécialement étudiés de l'anus, de la vulve, etc. L'*occlusion* est le traitement par excellence des uns et des autres; elle devra être pratiquée aussi souvent, aussi minutieusement que la disposition de la région le permettra.

Les prurits localisés peuvent se présenter à l'état simple, l'état morbide se traduisant exclusivement par les démangeaisons; mais, très souvent, on pourrait dire chez la plupart des malades, un état inflammatoire de la peau vient à un moment donné compliquer le prurit.

Les éruptions lichénoïdes ou eczématiformes qu'on observe en pareil cas sont provoquées par le grattage souvent très violent auquel les malades se livrent.

Au moment d'instituer le traitement, le médecin ne doit jamais oublier qu'un prurit même localisé est souvent préparé par un état diathésique, lymphatisme, arthritis, herpétis, diabète; il devra avant tout s'assurer si cet état existe ou n'existe pas chez son malade et, s'il en constate l'existence, s'efforcer immédiatement de l'atténuer.

Quand le prurit siégera autour d'un orifice naturel, il faudra établir l'état d'intégrité ou de maladie de la cavité qui se trouve en communication avec la peau à ce niveau, et si on constate un état inflammatoire de la cavité, anus, vagin, utérus, cavités nasales, on combattra énergiquement cette inflammation.

Les conditions qui peuvent diriger le traitement général ayant été établies, il s'agira d'instituer le traitement local: celui-ci variera suivant que le médecin se trouvera en présence d'un prurit simple ou d'un prurit compliqué de lésions

inflammatoires de la peau. Dans ce dernier cas, la première indication sera de faire cesser ces complications inflammatoires, qu'elles se présentent sous une forme humide ou sous une forme sèche.

1° Les *placards suintants*, eczématiformes, seront soumis au traitement habituel des lésions eczémateuses jusqu'à ce que les lésions se soient complètement effacées ou jusqu'à ce qu'elles soient devenues sèches, immobilisées; elles seront alors justiciables des traitements des inflammations non suintantes.

2° Si l'inflammation est très vive, le suintement abondant, on aura recours aux pansements, aux enveloppements humides.

L'application des *enveloppements humides* sera faite de la façon suivante.

Des compresses de toile fine, ou mieux encore des doubles de tarlatane sans apprêt ou un morceau de lint sont trempés dans le liquide choisi, puis exprimés de facon à enlever l'excès du liquide; on les pose à plat sur les surfaces à recouvrir. Par-dessus on applique, pour empêcher l'évaporation, soit une feuille de gutta-percha laminée, soit un morceau de taffetas gommé souple ou de makintosch qu'on maintient au moyen d'une bande ou de tout autre pansement approprié à la forme de la région. L'application sur les parties malades doit se faire de la façon la plus exacte.

Les liquides employés pour ces pansements seront les décoctions tièdes de *racine de guimauve*, d'*aulnée*, de *camomille*, l'*eau amidonnée*, l'*eau de son*, les solutions très étendues d'*acide borique*, de *phénosalyl*, de *coaltar*, de *crésol*, etc.

L'enveloppement pourra être fait simplement avec la *toile caoutchoutée*, directement appliquée sur la peau; mais la disposition des parties sur lesquelles le prurit localisé se développe le plus habituellement rend souvent l'application de ce procédé thérapeutique difficile, et il faut se rappeler ce fait, bien mis en lumière par mon collègue Tenneson, qu'un enveloppement dans la toile caoutchoutée n'est bon qu'autant que

le contact avec la peau est assuré d'une façon immédiate sur toute la surface de la peau. Les toiles employées doivent être et très minces et très souples : elles seront nettoyées avec grand soin à chaque renouvellement du pansement.

3° Les pansements avec les corps gras, les *pommades*, pourront être utilisés; on se servira de pommades à l'*oxyde de zinc*, au *salicylate de bismuth*, à l'*acide salicylique*, au *menthol*. Il sera bon de faire précéder les applications de pommade d'un lavage avec une décoction émolliente ou légèrement astringente et antiseptique chaude. Après l'application de la pommade, on saupoudrera largement.

Voici quelques formules des pommades les plus fréquemment employées.

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Naphtol. . . . . 1 —
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Oxyde de zinc. . . . . 1 —
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 30 grammes.
Résorcine. . . . . 1 —
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 50 grammes.
Précipité blanc . . . . . 1 —
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . } āā 25 grammes.
Lanoline . . . . . }
Acide salicylique 1
M. s. a.

C'est contre les prurits localisés simples ou s'accompagnant d'éruptions non suintantes que les pommades calmantes trouvent leur principale indication :

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Cocaïne. . . . . 0gr,25 à 1 gramme.
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Extrait de belladone . . . . } ãã 1 gramme.
Extrait de jusquiame . . . . }
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Chloroforme . . . . . 2 —
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Chlorhydrate de morphine 0gr,10
M. s. a.

℞ Vaseline . . . . . 20 grammes.
Essence de menthe. 0gr,40
M. s. a.

℞ Vaseline. . . . . 20 grammes.
Cyanure de potassium . . . . . 0gr,05 à 0gr,10.
M. s. a.

℞ Chloral . . . . . } ãã 3gr,50.
Camphre . . . . . }
Vaseline . . . . . 30 grammes.
M. s. a. BULKLEY.

Porrit incorpore au beurre de cacao 2 p. 100 de cocaïne. Le mieux est de donner à la masse butyreuse la forme d'un crayon médicamenteux qui, inclus dans un étui de bois, peut être laissé à la disposition du malade. Le beurre fond au contact de la peau au moment des frictions et forme à sa surface une couche protectrice molle et douce.

4° Les *lotions*, particulièrement les lotions froides, constituent un mode d'action très puissant contre les accès de prurit. L'eau froide simple suffit à certains malades ; on lui adjoindra avec avantage le *vinaigre*, l'*acide phénique*, le *chloral*, la *cocaïne*, le *cyanure de potassium*. (Voir plus haut.) Les solutions pourront être plus concentrées que celles employées contre le prurit généralisé.

C'est ainsi que le professeur Bronson recommande contre le prurit vulvaire l'emploi du mélange ci-dessous, dont la haute

teneur en acide phénique ne permettrait pas l'usage contre les lésions étendues :

℞ Liqueur de potasse à 5,84 p. 100	8	grammes.
Acide phénique	16	—
Huile de lin.	36	—
Essence de bergamote	X	gouttes.

M. s. a.

Les *poudres* seront employées après application de pommade ou d'emblée après une simple lotion de la région enflammée.

Les poudres seront les poudres d'*amidon*, de *riz*, de préférence les poudres minérales de *talc*, d'*oxyde de zinc*, de *sous-nitrate de bismuth*, d'*acide borique*, d'*aristol*, de *salol*, etc.; ces dernières poudres surtout indiquées quand les placards sont très enflammés et lorsqu'il y a lieu de craindre une infection secondaire. Il sera généralement avantageux de placer par-dessus la poudre une couche d'ouate qui garantira complètement la région malade des irritations extérieures : ce mode de pansement sera surtout indiqué dans l'inflammation des plis.

L'application large des poudres, l'application de l'ouate à la surface des régions suintantes constituent un mode facile d'occlusion qui est loin d'être sans avantages.

Quand les inflammations qui accompagnent le prurit ne suintent pas, il faut pratiquer l'occlusion chaque fois que la disposition des parties le permet. Un *enveloppement ouaté* simple, précédé d'une application de poudre, constitue déjà un mode d'occlusion; mais l'occlusion sera faite de préférence avec les colles.

5° Les *colles* ordinairement employées sont des préparations à base de gélatine, de glycérine et d'oxyde de zinc, qui ont la propriété d'être fusibles à des températures relativement peu élevées et de se solidifier à la température ordinaire de l'air ambiant.

a) Les propriétés des colles mises en honneur par Unna ont été bien étudiées par Menahen Hodara, son élève. Ces auteurs constaté que l'addition de la glycérine à la gélatine a pour

résultat d'élever les températures de fusion et de solidification et de diminuer la contraction ; l'oxyde de zinc élève légèrement les températures de fusion et de solidification et augmente la contraction ; l'augmentation de la gélatine et la diminution de l'eau élèvent faiblement les températures de fusion et de solidification et augmentent faiblement la contraction.

Unna a proposé deux formules de colles dont les propriétés différentes pourront être utilisées suivant le but que l'on poursuit.

℞ 1° Gélatine . . . . . } ââ 12gr,50
Glycérine . . . . . }
Oxyde de zinc . . . . . 20 grammes.
Eau . . . . . 55 —

M. s. a.

(Colle molle fondant à 37°,75, se solidifiant à 28°, peu contractile.)

℞ 2 Gélatine . . . . . 15 grammes.
Glycérine . . . . . 40 —
Oxyde de zinc . . . . . 25 —
Eau . . . . . 50 —

M. s. a.

(Colle dure fondant à 38°,75, se solidifiant à 31°, se contractant plus que la précédente.)

Une préparation moins coûteuse serait la suivante :

℞ Gélatine . . . . . } ââ 10 grammes.
Glycérine . . . . . }
Oxyde de zinc . . . . . 30 —
Eau . . . . . 50 —

M. s. a.

Les propriétés d'une colle de bonne qualité sont d'être souple, solidement adhérente, de devenir liquide à une température qui ne dépasse pas la température du corps d'une quantité suffisante pour que l'application donne une sensation de brûlure désagréable, de ne pas fondre à la chaleur du corps, de ne pas se fendiller après durcissement.

La formule donnée par Tenneson et Thibault était déjà excellente :

℞ Grénétine.	150	grammes.
Gélatine.	100	—
Glycérine	300	—
Eau.	300	—
Oxyde de zinc.	100	—

M. s. a.

Faire dissoudre les gélatines au bain-marie dans la glycérine et 200 grammes d'eau; ajouter l'oxyde de zinc délayé dans 100 grammes d'eau et ajouter eau quantité suffisante pour 950 grammes.

La formule que nous employons généralement aujourd'hui à l'hôpital Saint-Louis est la suivante :

℞ Gélatine.		150	grammes.
Grénétine.		100	—
Gomme arabique.		5	—
Glycérine.	ââ	300	—
Oxyde de zinc.			
Phénosalyl.		2	—

M. s. a.

D'une part, faire fondre à une douce chaleur et au bain-marie la gélatine et la grénétine (la grénétine est une gélatine purifiée par un traitement à l'acide chlorhydrique et décolorée complètement par le noir animal) dans la quantité d'eau prescrite.

D'autre part, incorporer peu à peu la gomme et l'oxyde de zinc à la glycérine.

Verser ensuite, après l'avoir passée à travers une étamine peu serrée, la solution gélatineuse dans le mélange de glycérine et d'oxyde de zinc. Ajouter le phénosalyl et lorsque la masse commence à perdre de sa fluidité, la couler dans un pot en porcelaine. La conserver à l'abri de l'humidité.

b) L'application des colles sera faite de la manière suivante :

On fait prendre au malade un bain ou on nettoie et dégraisse la peau par un savonnage à l'eau chaude. La colle préalablement réchauffée au bain-marie et amenée à consis-

tance fluide est étendue sur les surfaces malades au moyen d'un pinceau plat et souple que les peintres désignent sous le nom de queue de morue. Il est nécessaire de ne pas porter la colle à une température de plus de 100°, qui altérerait les gélatines et les empêcherait de se prendre en masse par le refroidissement.

Deux ou trois couches de colle suffisent pour donner à l'enduit une épaisseur convenable. Avant sa dessiccation, il sera bon de fustiger doucement la peau avec de l'ouate hydrophile bien effilochée; quelques débris d'ouate adhèrent à la colle, facilitent sa dessiccation et lui donnent plus de résistance.

Au bout de dix à quinze minutes, la colle est suffisamment sèche pour que le malade puisse se vêtir et se livrer à ses occupations.

L'enduit souple, de consistance analogue à celle de la peau de gant de Suède, adhère très bien au tégument et reste en place sans s'écailler pendant plusieurs jours. Chez quelques malades, il peut persister sans éraillures pendant huit et dix jours. S'il se fissure par places, on comblera les fentes en appliquant une nouvelle couche de colle sur la première au niveau des points qui ont cédé; mais pour peu que la colle ait perdu son adhérence au pourtour des fissures, il est préférable de faire tomber entièrement le premier enduit et d'en appliquer un nouveau.

L'application de la colle est suivie dans quelques cas d'une sensation de froid très pénible; cette sensation se calme habituellement après quelques heures, mais elle peut persister tant que la colle reste en place. Elle est quelquefois assez accusée pour que les malades cherchent pour se réchauffer le voisinage du feu ou éprouvent le besoin de se couvrir de vêtements chauds.

L'enveloppement d'une grande partie, encore plus de la totalité du corps, dans une substance imperméable, pouvait éveiller de légitimes préoccupations alors que les physiologistes nous ont appris que les animaux ne survivent pas à l'enveloppe-

ment du corps dans un vernis épais. L'expérience a démontré que les malades sont, sans inconvénient grave, recouverts de colle sur toute la surface du corps : le seul inconvénient réel est la sensation de froid dont nous venons de parler.

Le traitement par les colles est donc applicable à quelques prurits généralisés aussi bien qu'aux prurits localisés.

Les colles ne semblent pas supprimer complètement l'évaporation cutanée ; elles constituent une excellente protection contre le grattage et les irritations extérieures. Certains malades cependant arrivent à les déchirer par le grattage pendant le sommeil d'une façon désespérante, qui rend pour eux ce mode de traitement à peu près illusoire et impraticable.

Le temps pendant lequel l'occlusion au moyen des colles peut être maintenu en place est fort variable; il varie avec l'étendue des surfaces enduites, avec la susceptibilité des malades : souvent on peut sans difficulté prolonger l'occlusion pendant des semaines; pour quelques sujets, la sensation de froid est à ce point pénible que le médecin se voit obligé d'y renoncer promptement.

6° *Emplâtres.* — L'occlusion, quand les surfaces malades ne sont pas très étendues, pourra se faire par l'application des emplâtres fins et souples que l'industrie nous fournit actuellement, emplâtres à l'*huile de foie de morue*, à l'*oxyde de zinc*, au *sulfate de chaux*, *emplâtres blancs*, qui agissent beaucoup par l'occlusion, un peu par les substances médicamenteuses qu'ils renferment; emplâtres à l'*acide borique*, à la *résorcine*, à l'*huile de cade*, à l'acide *pyrogallique*, plus mordants que les précédents et dont l'action se rapproche de celle des pommades dont nous allons parler bientôt. L'occlusion par les colles est de beaucoup préférable à celle par les emplâtres quand les surfaces malades sont étendues ou occupent des régions dont la disposition et la mobilité rendent l'application exacte des emplâtres difficile.

On pourra commencer par l'occlusion avec l'ouate, précédée d'une application de poudre, dans les cas où les lésions seront encore suintantes; on passera ensuite à l'application

des emplâtres à l'oxyde de zinc, à l'huile de foie de morue; mais ceux-ci ne pourront être utilisés que chez les malades dont les lésions sont relativement peu étendues. Quand les lésions sont très étendues, on emploiera avec avantage les enveloppements dans l'ouate, dans les toiles caoutchoutées ou dans les colles.

7° Dans les éruptions sèches, qui ont résisté aux traitements précédents, il sera bon de modifier la vitalité des parties par l'application de *pommades excitantes*, en ayant soin toutefois de ne pas pousser trop loin l'irritation des régions malades; si celles-ci s'enflammaient vivement, il faudrait recourir au traitement antiphlogistique applicable aux formes suintantes de l'affection.

Dans le but de modifier les éruptions sèches et rebelles, on pourra utiliser les pommades au *naphtol*, au *menthol*, à l'*acide salicylique*, etc., indiquées à propos du traitement des prurits généralisés.

On essayera dans le même but les préparations *soufrées*.

℞ Fleur de soufre	1	gramme.
Axonge	30	—

M. s. a.

℞ Soufre sublimé et lavé	18	grammes.
Craie préparée	12	—
Huile de faîne	18	—
Savon vert, Axonge, ää	30	—

M. s. a. (Hebra.)

La pommade de Wilkinson modifiée par Hebra est ainsi composée :

℞ Fleur de soufre, Huile de hêtre ou de cade, ää	180	grammes.
Savon vert, Axonge, ää	500	—
Craie préparée	120	—

M. s. a.

La lotion de Vleminckx contient :

℞ Chaux vive	500 grammes.
Fleur de soufre	250 —
Eau simple	2500 —

M. s. a.

Glycérolé cadique faible de Vidal :

℞ Huile de cade vraie	15 grammes.
Extrait fluide de panama	Q. s. pour émulsionner.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre	90 grammes.

M. s. a.

Pommades mercurielles :

℞ Précipité blanc	2gr,50
Onguent populéum	20 grammes.

M. s. a. (Hebra.)

℞ Calomel	1 gramme.
Acide tannique	2 à 3 grammes.
Axonge	30 —

M. s. a. (Hardy.)

℞ Glycérolé d'amidon	20 grammes.
Bromure de potassium	1 —
Sous-nitrate de bismuth	1 —
Calomel	0gr,40
Extrait de belladone	0gr,20

M. s. a.

℞ Onguent diachylon Huile d'olives	parties égales.

M. s. a. (Besnier.)

On pourra recourir aux attouchements avec le *crayon de menthol*, avec la solution alcoolique de menthol au quarantième ou au trentième, avec une solution forte de *nitrate d'argent*.

Le *baume du Pérou* et la *teinture de benjoin* constituent d'excellents topiques ; ils forment une sorte d'enduit imperméable qui rapproche leur action de celle des colles.

Dans les cas très rebelles, Brocq conseille les frictions avec :

℞ Huile de ricin	30 grammes.
Biiodure d'hydrargyre	0gr,25

Dissolvez.

en faisant précéder et suivre l'attouchement par une application calmante à la cocaïne ou à la morphine.

Hillairet prescrivait :

℞ Iodoforme.	5	grammes.
Axonge.	45	—

M. s. a.

Les *emplâtres au savon noir*, à l'*acide salicylique*, à l'*huile de cade*, au *sulfate de chaux*, *mercuriels*, pourront être aussi utilisés dans le but de modifier la peau chroniquement enflammée; mais il faudra toujours veiller avec grand soin à ce que leur action ne devienne pas trop irritante.

Quand la peau est très épaissie, Okmann recommande un badigeonnage avec la *créosote*. Cette cautérisation est très douloureuse, mais la douleur disparaît en peu de temps; elle n'est pratiquée qu'une fois.

On applique ensuite le mélange suivant :

℞ Bichlorure d'hydrargyre.	0gr,13	
Chlorhydrate d'ammoniaque.	0gr,13	
Acide phénique.	4	grammes.
Glycérine.	60	—
Eau de roses	115	—

M. s. a.

8° Les différents traitements que nous venons de mentionner, lotions, poudres, pommades, arrivent généralement à procurer au malade le soulagement ou la guérison; mais le médecin devra toujours tâcher de leur adjoindre ou de leur substituer les pansements par occlusion. Il devra se rappeler que les lésions inflammatoires sont presque toujours déterminées par le grattage, par les excitations de cause externe, par le contact de sécrétions irritantes; le mieux pour supprimer l'influence de ces différentes causes sera de réaliser l'occlusion par un procédé qui variera suivant la forme et le degré plus ou moins accusé des phénomènes inflammatoires, soit simplement par un saupoudrage suivi d'une application d'une couche épaisse d'ouate, soit mieux encore par une application de colles ou

d'emplâtres dont l'agent actif sera déterminé d'après l'état sec ou suintant, atone ou aigu des lésions.

9° Les cautérisations avec le *thermo-cautère*, ou mieux encore avec le *galvano-cautère*, ont pu amener la diminution du prurit et de l'inflammation dans des cas très rebelles.

10° Les *scarifications quadrillées*, pratiquées suivant la méthode de Vidal, sont souvent utiles contre les épaississements très développés de la peau et contre les phénomènes douloureux ; elles modifient d'une façon très heureuse la vitalité de la peau.

11° C'est contre les prurits localisés que l'*électrisation* s'est montrée particulièrement efficace ; quelques auteurs ne veulent voir dans son action qu'un phénomène de suggestion ; nous ne discuterons pas leur opinion ; l'important est que les malades se trouvent mieux. Le procédé d'électrisation généralement adopté, il y a quelques années, était le courant faradique ; la plupart des médecins donnent aujourd'hui la préférence à l'électricité statique.

Le professeur Leloir déclarait le 12 juin 1893, à l'Académie des sciences, avoir abandonné, dans le traitement des prurits, la faradisation au pinceau, qui ne lui avait donné que des résultats très irréguliers, pour l'effluve électrique. Celle-ci, expérimentée dans vingt-cinq cas de prurit localisé ou généralisé des plus rebelles, lui avait donné des résultats inespérés. Des cas de prurit anal, de prurit vulvaire et de prurit des extrémités avaient été suivis de guérison. Le professeur Doumer, de Lille, a pleinement adopté la manière de procéder de Leloir.

Le malade est placé sur le tabouret isolant en état de bain électrique, et il reçoit sur les placards morbides le souffle électro-statique, vent ou douche électrique.

La question du pôle à appliquer sur la région malade n'a pas encore été tranchée. Leloir, Doumer, Bordier et Foveau de Courmelles ont vu le soulagement se produire chez certains sujets par l'effluve positif, chez d'autres par le négatif, sans qu'il ait été possible de déterminer dans quelles

conditions l'un était préférable à l'autre. L'électricité positive est cependant celle dont l'action sédative paraît devoir être essayée en premier; ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'on passera à l'électrisation négative.

2° Je ne ferai que signaler les *opérations chirurgicales :* élongation des nerfs, ablation de la peau des régions malades, tentées pour obtenir la guérison du prurit. Ce sont ressources qu'il faut au moins réserver pour des cas d'une gravité exceptionnelle, ayant résisté à tous les autres traitements, exerçant sur le moral du malade une influence désastreuse. Et pour ces cas même, l'importance de l'opération, son résultat plus qu'aléatoire feront légitimement reculer plus d'un médecin devant sa réalisation.

La localisation de certains prurits les rend passibles de quelques indications thérapeutiques spéciales.

A. — PRURIT ANAL

1° En cas de prurit anal, des lotions seront pratiquées avec une des solutions antiprurigineuses que nous avons indiquées plus haut, particulièrement les solutions d'*acide borique* ou de *sublimé* étendues; les lotions froides ou très chaudes se montrent souvent plus efficaces que celles faites à une température moyenne. Quelques malades ont été soulagés par l'usage d'une olive métallique analogue à celle qu'on emploie pour le traitement des hypertrophies de la prostate; cette olive est introduite dans le rectum et on fait circuler un courant d'eau aussi chaude que possible. De simples douches ascendantes ont été quelquefois suivies d'améliorations.

Il faudra combattre la constipation en ayant soin cependant de ne pas user trop largement des purgatifs drastiques; les *lavements* émollients, additionnés d'une petite quantité d'acide borique, modifieront heureusement toute trace d'inflamma-

tion du rectum. Le malade, après avoir été à la garde-robe, devra laver avec grand soin et panser à nouveau les parties enflammées.

L'occlusion est difficile à réaliser en cas de prurit péri-anal; le malade devra se contenter, dans la plupart des cas, de l'usage des pommades, des saupoudrages largement pratiqués et suivis d'une interposition d'ouate dans le pli fessier. Quand l'inflammation sera très accusée et surtout relativement étendue, on pourra recourir aux pansements humides, à l'enveloppement caoutchouté, dont l'application demande ici une attention minutieuse.

Les *bains de siège* seront utiles comme moyen puissant de lavage et quelquefois comme sédatifs; on emploiera surtout les bains émollients.

L'usage des *suppositoires* calmants est particulièrement indiqué dans le traitement du prurit péri-anal.

℞ Extrait de belladone. . . . . } âà 0gr,01
Extrait thébaïque. . . . . }
Beurre de cacao. . . . . 3 grammes.
F. s. a.

℞ Chlorhydrate de morphine. 0gr,01
Beurre de cacao. . . . . 3 grammes.
F. s. a.

℞ Chlorhydrate de cocaïne. 0gr,01
Beurre de cacao . . . . . 3 grammes.
F. s. a.

℞ Beurre de cacao . . . . . 3 grammes.
Extrait de belladone. 0gr,03
Chlorhydrate de cocaïne. 0gr,01
F. s. a.

ou :

℞ Beurre de cacao. . . . . 3 grammes.
Chlorhydrate de morphine. . . . } âà 0gr,02
Chlorhydrate de cocaïne. . . . }
F. s. a.

Surveiller toujours l'action inconstante de la morphine, qui, en sa qualité de préparation opiacée, peut, chez quelques

malades, surexciter ou généraliser le prurit. Commencer de préférence par l'usage des suppositoires non morphinés.

A. Berger, de Krémentchong, recommande le traitement suivant :

On introduit à travers l'anus une mèche de coton longue d'environ 2 à 3 centimètres et imbibée d'une solution d'*hypochlorite de chaux* à 2 p. 100. Cette mèche est laissée en place jusqu'à l'apparition d'une légère sensation de cuisson. On la retire et on lave avec la même solution la région anale, qu'on se garde bien de laver à nouveau avec une solution adoucissante. Le prurit cesserait immédiatement. S'il se reproduisait, il n'y aurait qu'à répéter la même petite manœuvre. L'eczéma du périnée et du scrotum, compagnons habituels du prurit anal, guériraient aussi rapidement par ce mode de traitement.

B. — PRURIT VULVAIRE

Dans le cas de prurit vulvaire, on examinera le vagin, l'utérus, la vessie ; on fera l'analyse des urines pour s'assurer qu'il n'existe pas une cause d'irritation cutanée à laquelle on puisse remédier : il faut avoir présent à l'esprit que le prurit vulvaire est souvent une des premières manifestations du diabète et quelquefois d'un cancer de l'utérus à ses débuts.

La malade pratiquera des *injections vaginales* très chaudes avec une eau additionnée d'une petite quantité d'un médicament antiseptique, astringent ou calmant.

Si la peau est enflammée d'une façon aiguë, on recourra aux applications émollientes, compresses de tarlatane imbibées de décoction de *racine de guimauve* et de *pavot*, de *camomille*, et recouvertes de *toile caoutchoutée* ou de *gutta-percha laminée ;* quand l'inflammation diminuera d'acuité, on remplacera par l'emploi des solutions astringentes, des pommades et des poudres.

Les altérations sont similaires de celles du prurit anal et

sont justiciables des traitements que nous avons indiqués à propos des prurits localisés en général.

L'inflammation qui accompagne le prurit vulvaire s'étend souvent plus loin que celle que le prurit anal provoque; elle dépasse facilement les limites du sillon inter-fessier et descend sur la partie interne des cuisses; dans ce cas, l'emploi des colles et des emplâtres devient possible et utile, au moins sur une grande partie des surfaces malades, à la périphérie des lésions.

Ménière conseillait de combattre l'exagération des fonctions des glandes cutanées et la production excessive de sébum qui accompagne fréquemment le prurit en appliquant matin et soir sur les surfaces malades la pommade suivante :

℞ Miel blanc	20	grammes.
Savon vert	10	—
Essence d'amandes amères. . .	V	gouttes.

M. s. a.

Laisser en place pendant dix minutes; enlever ensuite par une lotion avec une eau très chaude.

La mixture suivante, conseillée par Tanski, suivie d'un saupoudrage, constitue une sorte d'occlusion :

℞ Baume du Pérou.	4	grammes.
Poudre de gomme arabique. . .	8	—
Huile d'amandes douces	12	—
Eau de roses	20	—

M. s. a.

Les régions envahies par le prurit seront, en tout cas, recouvertes d'une abondante couche de poudre, pour s'opposer à l'irritation que pourrait amener le contact des sécrétions normales ou de liquides pathologiques; on interposera dans les plis une couche d'ouate hydrophile couverte d'une poudre minérale légèrement astringente, *talc* additionné d'*oxyde de zinc*, de *salicylate de bismuth*.

Les lotions seront faites ou très chaudes ou froides. Les lotions froides amènent généralement une sédation des accès de prurit. Les pommades calmantes trouveront particulièrement ici leur emploi.

Les *bains de siège* et les *grands bains* seront ordonnés pour maintenir la propreté irréprochable des régions malades, pour dégraisser la peau et assurer un nettoyage de la région plus complet encore que celui que les lotions procurent; mais leur action directe sur la marche générale du prurit est souvent nulle, quelquefois nocive.

Contre les cas graves et rebelles, on aura la ressource des applications de *pointes de feu* et des *scarifications linéaires*. C'est contre le prurit ano-vulvaire que l'efficacité de l'*électrisation* a été vantée. Les courants continus peuvent être employés. La cathode est placée à la vulve et l'anode promenée sur toute la surface malade : les séances ont une durée de dix minutes.

En 1891, Chalmogoroff a publié l'observation d'une malade guérie par l'emploi du courant constant[1]. La manière dont l'électrisation fut pratiquée est intéressante à connaître.

C'était chez une femme âgée de 36 ans, mariée depuis douze ans et qui avait eu un enfant une année après son mariage. Depuis l'âge de 13 ans, cette femme avait toujours été bien réglée. Son mari était bien portant. Les rapports sexuels avaient toujours eu lieu d'une façon régulière et procuraient à la femme la satisfaction désirable. Pas d'onanisme. Pas de glycosurie. Depuis deux années, la femme souffrait d'un prurit vulvaire. D'abord, les démangeaisons avaient été supportables, se manifestant à l'approche d'une époque menstruelle. Puis elles étaient devenues continues, d'intensité variable d'un jour à l'autre. La chaleur était sans influence sur le prurit. Par moments, les démangeaisons devenaient tellement fortes que la femme ne pouvait plus résister au besoin de se gratter. Des remèdes très divers avaient été employés, sans grand résultat. Cependant, les applications de vaseline à la cocaïne et les lotions phéniquées avaient procuré un peu de soulagement.

On ne constatait absolument rien d'anormal à l'examen des

1. Chalmogoroff. — *Centralbl. für Gynækol*, 1891, n° 29, p. 612.

organes génitaux internes et externes, sauf les traces du grattage. Chalmogoroff proposa un traitement par l'électricité, proposition qui fut acceptée. Une électrode cylindrique, en caoutchouc durci, avec bout en métal, fut introduite dans le vagin, à 4 ou 5 centimètres de profondeur. L'autre électrode, formée d'un disque en métal recouvert de peau de chamois de 4 centimètres de diamètre, fut appliquée sur la région où siégeait le prurit et mise en communication avec le pôle négatif. Les intensités du courant employé ont varié de 15 à 20 milliampères; la durée des séances a été de dix minutes. Déjà après la cinquième séance le prurit était plus faible. On continua le traitement. Après la sixième séance, les démangeaisons avaient cessé. La guérison se maintenait six mois plus tard.

Nous avons dit que, dans ces dernières années, la préférence était accordée à l'électricité statique..

C. — PRURIT GÉNITAL DE L'HOMME

Le malade devra porter un suspensoir exactement adapté qui permettra de maintenir bien en place les différents pansements. Les suspensoirs caoutchoutés ont des effets beaucoup plus irréguliers que contre les eczémas des bourses. Les emplâtres, appliqués sous forme de bandelettes, permettent une occlusion très précise ; suivant le médicament incorporé à l'emplâtre, on pourra joindre à l'occlusion les modifications actives que l'on jugera utiles. Les traitements locaux et généraux sont les mêmes que ceux usités contre les prurits de l'anus et de la vulve ; ils varieront suivant la présence ou l'absence de complications inflammatoires. Les lavements se sont montrés actifs dans un certain nombre de cas.

IV

Traitement des prurigos composites, des prurigos diathésiques.

Les prurigos diathésiques (prurigo d'Hebra, prurigos diathésiques de Besnier) ont, comme nous l'avons dit dans les

considérations générales exposées au commencement de cet article, la propriété d'être extrêmement rebelles, de se compliquer facilement d'éruptions secondaires inflammatoires à aspect d'eczéma ou de lichen ; ce sont donc affections qui exigent un traitement de longue haleine, variable avec les aspects différents que la maladie peut présenter d'un moment à l'autre ; et pour la guérison de ces prurigos, il faut la surveillance incessante et prolongée du médecin, la persévérance du malade.

Les prurigos non diathésiques se compliquent d'éruptions banales, eczématiformes, lichéniformes, moins facilement et moins souvent que les prurigos diathésiques ; ils ne sont cependant pas complètement à l'abri de ces complications : quand celles-ci se produiront, on les combattra dans les uns comme dans les autres.

Voici comment le professeur Kaposi, héritier des traditions d'Hebra, pense qu'il y a lieu de diriger le traitement d'un malade atteint de prurigo d'Hebra :

Au début des symptômes du prurigo et dans les formes légères, alors que l'urticaire prédomine et qu'il y a seulement un petit nombre de papules, il suffit de laver convenablement le malade tous les jours avec du *savon de goudron* et de *soufre*, ou même de le recouvrir d'écume de savon, puis de le placer dans un bain pendant une heure ; après quoi on le frotte d'*huile de foie de morue*, d'*huile* et de *goudron*, ou de graisse simple.

Dans les cas de prurigo intense, on fera usage de la solution de Vleminckx en bains prolongés.

Une série de 10 à 12 frictions avec la pommade de Wilkinson amène dans le prurigo agria une amélioration considérable, et en particulier supprime immédiatement la démangeaison et procure un bon sommeil.

L'enveloppement avec la toile de caoutchouc donne également d'excellents résultats.

Il est facile de comprendre que l'on devra aussi appliquer, tantôt sur la totalité du corps, tantôt sur des points limités

de la peau, d'autres remèdes que l'on a indiqués pour combattre le prurit modéré, la sécheresse de l'épiderme, ainsi que l'eczéma avec suintement ; tels sont l'*acide phénique* ou l'*acide salicylique*, 1 p. 200 d'alcool ; la *pommade de zinc*, l'*onguent diachylon*, la *pommade boriquée* (acide borique, glycérine, ââ 5, cire blanche, paraffine, ââ 20, huile d'olives 50), etc.

Pour ce qui est des eaux thermales sulfureuses naturelles, leur emploi comme celui des bains sulfureux artificiels est extrêmement utile contre le prurigo ; seulement il faut en faire un usage plus assidu qu'on ne le fait ordinairement dans les stations thermales.

Les bains de *sublimé* (5 à 10 grammes pour un bain entier), les bains d'*alun*, de *soude* (1 000 à 2 000 grammes pour un bain), les *sels d'iode* et de *brome* (Darkau, Hall), les *bains salés*, enfin les *bains d'écorce de chêne*, peuvent être employés avec avantage ; cependant, en général, leur action n'est pas suffisante.

Depuis plusieurs années, Kaposi traite par le *naphtol* tous les malades de la clinique ainsi que ceux de sa pratique privée atteints de prurigo et à n'importe quel degré de la maladie ; il a chez tous obtenu des résultats extrêmement satisfaisants. Le prurit diminuait immédiatement et disparaissait bientôt ; même les symptômes d'eczéma, que l'on observe avec les meilleures méthodes anciennes de traitement, cédaient dans la même proportion. La nouvelle médication n'a que l'avantage du bon marché, de la commodité et de la propreté, car des bains sont tout à fait superflus ; le naphtol n'a pas de mauvaise odeur, les linges ne sont pas endommagés et on peut l'employer commodément.

Chaque soir, on fait une friction légère avec une pommade composée de naphtol 5, onguent émollient 100, sur la peau des membres, principalement sur leur face externe, puis on poudre par-dessus. Chez les enfants au-dessous de dix ans, Kaposi prescrit une pommade de 1 à 2 de naphtol pour 100 d'excipient. Toutefois on peut encore, tous les deux soirs, faire un lavage dans le bain avec du savon de naphtol et de

soufre. Kaposi n'a pas noté le plus léger accident et n'a eu à recueillir de ce traitement qu'une satisfaction sans mélange.

Les méthodes locales de traitement seront continuées d'une manière ou d'une autre jusqu'à ce que la peau soit complètement lisse et souple, qu'il n'y ait plus de démangeaison, ni de nouvelles éruptions de papules. Alors on appliquera le traitement sous une forme modérée tous les deux ou trois jours et l'on n'interrompra la cure que dans les cas où, après des mois entiers de soins et d'observation, on sera bien assuré que la peau est entièrement revenue à l'état normal; on devra reprendre le traitement à nouveau aussitôt que l'on apercevra une recrudescence du prurigo.

Dans le traitement de cette maladie, Kaposi déclare qu'il y a peu de choses à attendre de l'usage des médicaments internes.

Dans quelques cas cependant, il a observé une diminution non douteuse des symptômes du prurigo à la suite de l'administration de l'*acide phénique* à l'intérieur à la dose de 1 gramme à 1gr,50 par jour en pilules.

On peut également obtenir une amélioration passagère par des injections sous-cutanées de *pilocarpine muriatique*, 0gr,02 par dose (O. Simon), ainsi que par l'emploi du *sirop de jaborandi*.

L'*arsenic* est complètement inefficace contre le prurigo; au contraire l'*huile de foie de morue* à l'intérieur, pure ou avec addition d'*iode* (iode pur 0gr,1, huile de foie de morue 100 grammes), de *phosphore* (huile de foie de morue 30, phosphore pur 0gr,01, gomme arabique, sucre blanc àà 15 grammes, eau distillée 40 grammes, sirop simple 15 grammes, Kassowitz), convient très bien chez les individus atteints de prurigo qui sont mal nourris, qui ont le teint blême et une constitution scrofuleuse, ainsi que des règles hygiéniques générales, par exemple des cures de lait, le séjour à la campagne pendant l'été, l'usage occasionnel de bains iodés, etc. (Kaposi).

Besnier divise la cure en cure de nuit et cure de jour; *a*) pendant la nuit, usage des applications grasses, des pom-

mades ou des emplâtres; *b*) le matin, lavage à eau chaude et au savon simple ou médicamenteux; friction superficielle avec une flanelle aspergée d'un alcoolat aromatique; *c*) puis, pendant le jour, protection de la peau par l enveloppement de toile fine de caoutchouc.

Cet enveloppement sera réalisé en recouvrant la peau de caoutchouc vulcanisé, soit d'une fine toile caoutchoutée qu'on aura soin de maintenir intimement appliquée sur la peau et qu'il faut bien se garder de laisser flottante; soit en doublant les maillots, les caleçons de toile caoutchoutée. Cette toile devra être soigneusement lavée et séchée chaque fois qu'on changera les vêtements. On pourra, à défaut de caoutchouc, employer la gutta-percha laminée, le taffetas gommé, le mackintosch; au besoin même le taffetas gommé.

En résumé, le traitement d'un malade atteint de prurigo diathésique, de prurigo d'Hebra, aura pour premier objectif de faire disparaître cette série de lésions banales, lichénisation, eczématisation, qui viennent compliquer la situation et qu'on peut considérer comme des lésions accidentelles surajoutées, comme des complications.

Dans les cas d'infection secondaire intense de la peau avec furonculose, abcès superficiels, ecthyma, il faudra commencer par faire la désinfection générale de la peau; on enveloppera celle-ci de compresses trempées dans une solution étendue de *sublimé*, d'*acide borique;* on pratiquera des frictions généralisées avec l'*huile phéniquée* au dixième ou au vingtième. Les pustules d'ecthyma, les abcès furonculeux seront lotionnés avec une solution antiseptique et recouverts d'une rondelle d'*emplâtre de Vigo* ou d'*emplâtre rouge de Vidal.*

La désinfection de la peau est, en général, assez facile à obtenir.

Si les lésions surajoutées, sans être infectieuses, présentent un caractère inflammatoire accusé, si surtout elles revêtent une forme humide, eczémateuse, on aura recours aux pansements émollients, compresses imbibées d'eau bouillie, d'eau amidonnée, d'infusion de camomille, d'eau boriquée, d'une

solution de *phénosalyl* à 1 p. 300 ou p. 500, etc. ; de cataplasmes de fécule de pomme de terre.

Quand les phénomènes les plus aigus de l'inflammation seront tombés et le suintement supprimé ou peu abondant, on recourra aux pommades à l'*oxyde de zinc*, au *salicylate de bismuth*, on saupoudrera les placards enflammés avec la poudre de *talc*, d'oxyde de zinc; après les avoir saupoudrés, on pourra les enfermer dans une couche d'ouate hydrophile, ce qui constituera un essai et une transition avant d'arriver aux occlusions plus complètes par les colles et les emplâtres.

Les formes humides des éruptions seront gênantes en ce sens qu'elles s'opposeront aux occlusions méthodiques et prolongées si utiles dans certaines formes de prurigos diathésiques. Il faut cependant savoir qu'il est permis de tenter d'une façon hâtive, chez les malades atteints de prurigos diathésiques, l'enveloppement de quelques éruptions encore légèrement suintantes; c'est ainsi qu'on verra l'enveloppement même sous la colle, qui ne fait qu'exagérer les phénomènes inflammatoires dans les autres affections humides, amener ici une amélioration rapide d'affections encore suintantes. Le pansement doit être renouvelé à des époques rapprochées; les premières fois, il doit être surveillé de plus près; mais il n'est pas rare d'observer dans les prurigos composites la transformation d'éruptions humides en éruptions sèches sous l'influence des pansements occlusifs.

Les lésions sèches à aspect de lichen seront traitées par l'occlusion dans la colle ou les emplâtres d'huile de foie de morue, d'oxyde de zinc, d'emplâtre blanc.

Quand les placards inflammatoires seront restreints ou effacés, on emploiera les frictions généralisées à l'huile de foie de morue, pratiquées sur toute la surface du corps, ou l'application de bandes de tarlatane imprégnées de la même huile et recouvertes d'une enveloppe imperméable en caoutchouc ou en gutta-percha. Si l'inflammation n'est pas absolument éteinte, l'huile blanche sera préférée à la blonde; celle-ci sera choisie quand les téguments ne sont pas irrités ; si les démangeaisons

sont vives, on additionnera l'huile d'un dixième ou d'un vingtième de *naphtol*, d'un centième d'*acide phénique :* il faudra user de ce dernier médicament avec grande prudence chez les enfants. On pourra encore conseiller le *liniment oléo-calcaire*, le *glycérolé tartrique* de Vidal, la pommade au naphtol.

Les enveloppements dans le caoutchouc trouvent leur indication à toutes les périodes actives de la maladie.

Mon collègue Tenneson a montré que les malades pouvaient être sans inconvénient recouverts d'une couche de colle étendue à toute la surface du corps; le prurit se trouve généralement calmé tant qu'il n'y a pas eu effraction de la colle.

Des lotions calmantes seront répétées plus ou moins fréquemment suivant l'intensité du prurit.

Les bains seront, suivant l'état de la peau, les bains émollients amidonnés ou à l'eau de son, les bains sulfureux, les bains de sublimé.

Les sujets lymphatiques pourront être envoyés aux eaux de la *Bourboule*, *Luchon*, *Barèges*, *Salies-de-Béarn*, *Salins du Jura*, *Bex*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Saint-Gervais*, *Uriage*, etc.; les arthritiques à *Plombières*, *Royat; Louèche*, avec ses bains prolongés, sera souvent avantageux. Il faudra, dans le choix d'une station thermale, tenir grand compte de la constitution du malade.

L'alimentation sera surveillée de très près; les enfants seront maintenus le plus longtemps possible au régime lacté exclusif; les adultes en tirent quelquefois un profit notable.

L'*huile de foie de morue* est le médicament par excellence, surtout pour les enfants atteints de prurigos diathésiques; on en maintiendra l'usage le plus longtemps possible et à doses élevées. A côté de l'huile de foie de morue, il faut mentionner les préparations *iodées* et *phosphatées*.

Les préparations *arsenicales*. l'*acide phénique* font partie intégrante du traitement ordinaire. Augagneur déclare qu'après l'administration de l'acide phénique à l'intérieur, les récidives sont infiniment moins fréquentes qu'après l'emploi

des autres médications. La *pilocarpine* a été indiquée comme capable d'activer la sécrétion sudorale souvent très réduite.

Les douches tièdes calmeront le prurit de quelques malades.

Les constitutions lymphatique, arthritique, deviendront l'objet d'indications spéciales.

Les différentes ressources de traitement dirigées contre les prurits diathésiques ne diffèrent en somme pas beaucoup de celles utilisées dans le traitement des prurigos et des prurits généralisés simples, des prurits localisés compliqués d'éruptions suintantes ou lichénoïdes; il nous paraît inutile de répéter ici ce que nous avons dit dans les paragraphes précédents sur le choix et le mode d'application de ces différentes médications, pommades, poudres, lotions, colles, emplâtres, bains, électrisation, etc., que le lecteur trouvera exposées dans les paragraphes précédents.

Améliorer, par les différents traitements que nous venons de signaler, un malade atteint de prurigo d'Hebra est chose facile; mais rien n'est plus difficile que mettre ce même malade à l'abri des réveils et des rechutes. Pour arriver à ce résultat, le traitement doit être maintenu avec rigueur pendant de longs mois après que l'amélioration s'est produite; hygiène, alimentation surveillée, médication externe, médication interne, rien ne doit être négligé, encore moins abandonné; à ce prix seulement, il est possible d'espérer la guérison.

Rappelons en terminant le sage conseil de notre maître Besnier.

« Au moment où le médecin est sur le point de commencer le traitement d'un prurit ancien, il est plus d'une fois consulté par le malade ou sa famille sur la question de savoir si celui-ci peut être supprimé sans danger. La réponse devra être des plus réservées : le praticien se rappellera que plus d'une fois un prurit localisé ou généralisé a été une des premières manifestations d'une affection organique encore

latente et à ses débuts, d'une maladie nerveuse ou mentale; le médecin ne saurait dès lors être trop prudent dans ses réponses dans la crainte que plus tard le client ne soit tenté d'attribuer à la suppression du prurit des accidents dont celui-ci n'était qu'un phénomène prémonitoire.

Le médecin devra encore avoir ce fait présent à l'esprit, que les malades atteints de prurigos diathésiques sont de ceux chez qui la suppression brusque d'une éruption étendue peut être suivie de métastases viscérales. »

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES DERMATITES EXFOLIATRICES

PAR

E. LEREDDE

Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

La question des dermatites exfoliatrices est une des plus obscures de la dermatologie. Caractérisées (Brocq) par une rougeur généralisée du derme et une desquamation plus ou moins abondante de l'épiderme, elles se présentent sous diverses formes que l'on peut distinguer par la rapidité de la marche (forme aiguë ou érythème scarlatiniforme desquamatif, forme subaiguë, forme chronique). Ces formes cliniques sont-elles des affections distinctes ou des expressions évolutives d'une maladie unique? Les symptômes ne suffisent pas à les séparer d'une manière catégorique et leur étiologie paraît commune.

A proprement parler, le *pityriasis rubra*, type morbide individualisé par Hebra, est une dermatite exfoliatrice. Il se distingue des formes déjà signalées par l'existence d'une période où l'infiltration, l'épaississement de la peau sont remplacés par l'atrophie, l'état cicatriciel des téguments, l'as-

sociation de troubles trophiques profonds. Est-ce là une maladie distincte? On n'admet plus aujourd'hui, comme le soutenait Hebra, qu'elle soit constamment mortelle et, du reste, en pathologie viscérale, le pronostic ne peut servir à séparer une maladie d'une autre.

Nous croyons utile de résumer ici les symptômes des diverses dermatites exfoliatrices :

A. — DERMATITE EXFOLIATRICE AIGUË OU ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME

Affection aiguë à début fébrile; rougeur généralisée ou prédominant aux plis articulaires et aux extrémités. Desquamation très précoce, — ce qui suffit à distinguer la maladie de la scarlatine (Besnier) — et universelle. Chute des cheveux et des ongles parfois. Le tout dure de trois à six semaines. On observe souvent des récidives multiples.

B. — DERMATITE EXFOLIATRICE SUBAIGUË OU MALADIE DE WILSON

Le début est également fébrile, la fièvre se poursuit à la période d'état. La rougeur s'accompagne d'infiltration dermique et d'exfoliation. Les ongles et les cheveux tombent régulièrement. Le tout dure de trois à six mois. Si le malade guérit, les récidives sont possibles.

C. — DERMATITE EXFOLIATRICE CHRONIQUE

Le début est en général lent et apyrétique, l'infiltration cutanée est précédée par une période eczématiforme longue. La maladie dure plusieurs années; la mort est fréquente.

D. — DERMATITE EXFOLIATRICE AVEC ATROPHIE OU PITYRIASIS RUBRA D'HEBRA

Début par des plaques eczématiformes qui s'étendent. Les symptômes sont pendant quelques mois ceux de la forme

précédente. Puis survient la phase d'atrophie cutanée et de troubles trophiques profonds. La mort est de règle.

Nous laissons en dehors de ce tableau la dermatite exfoliatrice des nouveau-nés de Ritter von Rittershain, mal connue en France. Il semble probable (Besnier) qu'on a confondu sous ce nom une série d'affections cutanées n'ayant de commun que la rougeur et la généralisation.

Le résumé symptomatique que nous venons de donner doit être complété par quelques détails. On observe, et surtout dans les dermatites chroniques ou subaiguës sans atrophie, des complications cutanées : pustules, furoncles, anthrax, adénopathies profondes, phlegmons, diverses lésions des muqueuses ouvertes : conjonctivite, coryza, et des altérations viscérales : arthrites, cardiopathies, paraplégies.

Si le *pityriasis rubra* est habituellement mortel, les formes non atrophiques guérissent assez souvent. Des troubles intestinaux, pulmonaires précèdent la cachexie. Du reste, l'étude des causes qui amènent la mort mériterait d'être reprise. La tuberculose est commune, mais on ne peut s'étonner de l'observer chez des malades dont la résistance organique est diminuée et qui séjournent pendant des années dans le milieu infecté de l'hôpital.

II

Pathogénie.

Nous n'avons pas encore parlé des poussées d'infiltration dermique générale et d'exfoliation qui peuvent survenir au cours de grandes dermatoses, *eczéma*, *psoriasis*, *pityriasis rubra pilaire*, *dermatoses bulleuses chroniques*, *lichen plan*. Elles simulent la dermatite exfoliatrice : cependant l'extension cutanée n'est pas universelle, quelques îlots de peau saine persistent, la régression se fait, quelle que soit l'étendue des lésions, comme dans les formes vulgaires limitées.

Sous le nom d'*herpétides exfoliatrices*, Bazin a décrit de véritables dermatites exfoliatrices, consécutives aux mêmes dermatites universelles, avec exfoliation générale, non susceptibles de régression, amenant la mort comme les formes primitives. Leur existence n'est pas contestée, on les décrit aujourd'hui sous le nom de *dermatites exfoliatrices secondaires*.

Sont-elles réellement indépendantes de l'affection originelle? On se le demande pour le pemphigus foliacé; quant à l'érythrodermie mycosique (Besnier, Hallopeau), qui a été jadis classée comme herpétide exfoliatrice, elle présente tous les caractères histologiques du mycosis fongoïde et ne peut en être séparée.

D'autre part, il se peut que certaines dermatites exfoliatrices vraies soient limitées à leur origine et simulent l'eczéma, le psoriasis, ne devenant typiques qu'à une période avancée.

Si, exclusion faite de ces cas, il restait des exemples de dermatite exfoliatrice secondaire vraie, on pourrait leur attribuer une genèse analogue à ces lésions du rein cataloguées sous le titre *néphrite parenchymateuse*, qui sont consécutives à une néphrite scarlatineuse, typhique, *a frigore*. L'altération cutanée ne serait plus eczémateuse, ni psoriasique. De même la néphrite parenchymateuse est le terme commun de lésions initialement différentes.

La pathogénie des érythrodermies exfoliantes primitives s'est trouvée éclairée par la découverte de l'origine hydrargyrique de certains érythèmes scarlatiniformes, même de dermatites exfoliatrices subaiguës ou chroniques. On a constaté que chez certains sujets d'une sensibilité particulière, l'absorption par voie digestive, cutanée, sous-cutanée d'une dose extrêmement faible de mercure, de 1 centigramme de sublimé par exemple, pouvait provoquer la rougeur, puis l'exfoliation générale de la peau. Entre ces faits et les cas spontanés, aucune différence clinique ne peut être relevée.

D'autres agents toxiques, employés à titre médicamenteux, peuvent provoquer l'érythème scarlatiniforme. Signalons la quinine, l'opium, la morphine, l'iodure de potassium, l'acide

salicylique, le chloral, la belladone. L'évolution n'est pas toujours aussi régulière que dans la forme mercurielle; l'exfoliation est légère et passagère. Ces corps ne donnent d'ailleurs pas naissance, semble-t-il, aux dermatites exfoliatrices prolongées.

La tuberculine, entre autres accidents cutanés, a provoqué l'érythème scarlatiniforme. Il est ainsi certain que les toxines microbiennes peuvent agir comme les poisons cités plus haut, et il ne paraît plus surprenant aujourd'hui d'observer parfois au début des dermatites exfoliatrices des phénomènes d'infection, locaux (angine, endo-péricardite) et généraux. Certains faits ont été attribués à des suppurations restées latentes, telles que des lésions péri-utérines.

Comme dans l'intoxication hydrargyrique, la dose du poison importe peu dans les infections; ce n'est pas dans celles qui sont le plus graves, où les toxines sont, *a priori*, plus abondantes, que les lésions cutanées s'observent de préférence : le terrain, la susceptibilité de l'individu jouent le rôle essentiel.

Faut-il faire, dans l'étiologie des dermatites exfoliatrices, une part aux auto-intoxications? Sans doute; celles-ci sont du reste souvent le fait de fermentations saprophytiques. Elles expliqueraient assez bien les formes prolongées. Mais nous savons, par l'exemple des érythrodermies mercurielles, que l'altération cutanée peut persister bien longtemps après l'élimination complète du poison.

En résumé, c'est l'intoxication sous toutes ses formes que nous trouvons à l'origine des érythrodermies exfoliantes. Mais d'où vient cette sensibilité personnelle qui se traduit par de graves lésions cutanées? On ne peut guère admettre l'action directe du corps toxique sur la peau : cette action est trop intense, trop longue, le poison est en trop faible quantité. On peut choisir entre deux hypothèses. L'une, qui est indiquée par la plupart des auteurs, admet un trouble du système nerveux, central ou périphérique. Les altérations cutanées seraient d'ordre tropho-névrotique.

Mais est-il nécessaire de faire intervenir le système nerveux? Ne peut-on penser que dans l'érythème scarlatiniforme, comme dans tout érythème toxique, le poison agit sur le sérum sanguin de manière à en troubler les fonctions? Les réactions extraordinaires que déterminent dans le sérum les toxines microbiennes et même végétales (Ehrlich) sont à l'étude, et peut-être, pensons-nous, des modifications du sérum humain expliqueront-elles certaines dermatoses.

Mais nous ne voulons pas insister davantage sur des questions de doctrine qui n'ont pas encore de portée thérapeutique. Certaines conditions adjuvantes favorisent les lésions tégumentaires : signalons la grossesse. L'érythème scarlatiniforme, la dermatite exfoliatrice s'observent parfois dans son cours, et on sait que dans la période puerpérale, on peut observer des « scarlatines ». Or, la scarlatine puerpérale est ou un érythème mercuriel ou le fait d'infections streptococciques atténuées.

L'albuminurie est exceptionnelle. Peut-être n'a-t-on pas étudié avec assez de soin les lésions rénales parce que le rein paraît en général sain à l'autopsie. L'analyse des urines n'a pas toujours été faite, ce qui est fort regrettable : il est de règle d'observer l'hypoazoturie ; en revanche, on a trouvé de l'urée dans les squames. L'étude des troubles de la nutrition qui accompagnent les dermatites exfoliatrices est à reprendre.

III

Traitement.

Peut-on, de la pathogénie que nous avons esquissée et qui, nous semble-t-il, ressort des recherches récentes, déduire des notions thérapeutiques précises?

A. — Dans l'*érythème scarlatiniforme* et dans la période initiale des formes chroniques, l'infection doit être recherchée avec le plus grand soin. L'état du pharynx, des poumons, des annexes utérines sera étudié, et tant qu'il y aura de la

fièvre, on agira comme si l'on avait à combattre une infection bien connue et classée, en maintenant le malade au lit, en favorisant les éliminations. La même conduite sera de rigueur dans les intoxications mercurielles; on administrera des *laxatifs* répétés, des *boissons abondantes*, des *diurétiques* (Brocq). Le *régime lacté* doit être institué et poursuivi jusqu'à la disparition de la rougeur cutanée. Lorsque celle-ci a cessé, on peut considérer le malade comme sur la voie de la guérison.

Toute application cutanée, au cours de l'érythème scarlatiniforme, nous paraît inutile. A la période terminale, des applications d'*axonge fraîche*, de *vaseline*, faciliteront la chute des squames, et on complétera le nettoyage de la peau en prescrivant des *bains amidonnés*.

B. — Dès que la *dermatite exfoliatrice* est reconnue et que sa durée est assez longue pour qu'on puisse rejeter le diagnostic d'érythème scarlatiniforme, le régime lacté ne peut être maintenu. Il faut alimenter le malade, subvenir aux éliminations cutanées, diminuer l'amaigrissement, qui est rapide en général.

On tâchera de faire absorber la plus grande quantité d'aliments possible, d'exciter l'appétit par l'emploi des *amers*, de la *strychnine*, des *sels de potasse*, en évitant les aliments toxiques et fermentescibles (poisson, conserves, fromages). La pièce occupée par le malade sera largement aérée; des *inhalations d'oxygène* seront utiles pour relever la nutrition. Les préparations de *fer*, de *quinquina* pourront être essayées; mais il faut renoncer à l'arsenic, si souvent employé et qui n'a jamais produit d'effets appréciables.

Peut-être chez les malades dont on aura étudié chimiquement les éliminations rénales et cutanées pourra-t-on dégager de nouvelle indications. Les pertes salines sans doute considérables doivent être réparées; dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons établir aucune règle générale; le médecin est autorisé à faire des recherches sur chaque malade et à s'inspirer des résultats qu'elles lui fourniront.

Le traitement direct des lésions cutanées n'a aucune action curative : bien entendu, il ne s'agit pas ici d'un processus local. Il doit répondre à deux indications : favoriser les éliminations, maintenir l'état aseptique de la peau. Accessoirement, il doit diminuer le prurit et la cryesthésie dont se plaignent les malades.

Le *bain continu* est inusité en France et difficile à mettre en pratique. Il répond à toutes ces indications. A l'étranger, on l'emploie souvent; on le prolonge pendant plusieurs jours, plusieurs semaines. Il faudrait, si l'on était conduit à l'essayer, prendre la précaution d'additionner l'eau de 1 p. 100 d'*acide borique*.

Si les bains continus sont impossibles, les bains quotidiens sont utiles, mais ils n'auront d'autre effet que d'assurer la toilette de la peau, et on ne les donnera que d'une courte durée.

Comme pommades, l'*axonge* fraîche, le *liniment oléo-calcaire* sont employés par la plupart des dermatologistes. Mais on ne peut ainsi maintenir la propreté de la peau, éviter les complications locales et souvent les malades exhalent une odeur infecte.

Le *phénol*, qui a des propriétés anesthésiantes, est le plus usité de tous les antiseptiques. On formule ainsi :

℞ Axonge ou vaseline.	120	grammes.
Oxyde de zinc.	30	—
Acide phénique.	2	—

M. s. a.

Ou bien :

℞ Liniment oléo-calcaire. . . .	100	grammes.
Acide phénique.	1gr,50	

Dissolvez.

Mais d'autres agents peuvent diminuer le prurit : *menthol*, *cocaïne*. Ils sont plus ou moins toxiques; il est nécessaire de ménager les doses et de surveiller l'effet, la peau étant devenue

beaucoup plus susceptible d'absorption. On emploiera par exemple la pommade suivante :

℞	Vaseline	100 grammes.
	Acide borique	6 —
	Cocaïne	0gr,50

M. s. a.

Il est nécessaire enfin d'envelopper le corps pour protéger aussi la peau contre les irritations externes. Tous les matins, le pansement sera enlevé et si le malade ne prend pas de bains, le corps lavé à l'*eau phéniquée* (1 p. 100) ou à l'*eau boriquée*.

Les furoncles, les lésions ecthymateuses seront soignés dès leur origine, ouverts et pansés le plus tôt possible. Toutes les précautions seront prises pour éviter la contamination tuberculeuse si redoutable.

Nous n'avons pas à nous occuper ici des poussées généralisées au cours de l'eczéma, du psoriasis, etc. Elles nécessitent le même traitement que l'affection première : mais la peau est généralement irritable, les doses médicamenteuses doivent être diminuées. L'*enveloppement par le caoutchouc*, tel que l'a réglé Tenneson, peut rendre alors des services, à la condition que l'application en soit dirigée et surveillée par le médecin ; mais s'il s'agit d'une herpétide exfoliatrice, il devient nuisible, il augmente la congestion et l'œdème cutanés et favorise les infections superficielles, à moins de précautions excessives.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT DES ACNÉS

PAR

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté de Paris.
Membre de l'Académie de Médecine.

I

Considérations générales.

On comprend sous le nom d'*acnés* la plupart des troubles fonctionnels et des lésions qui peuvent avoir pour siège exclusif les glandes sébacées ou le tissu qui les avoisine. On s'en est rapporté jusqu'ici à la tradition pour cette nomenclature; elle est cependant bien critiquable, puisqu'elle réunit sous une même étiquette des états morbides de nature et de siège différents.

C'est ainsi que nous aurons à étudier successivement la thérapeutique des acnés *séborrhéiques*, *pilaires*, *végétantes*, *nécrotiques*, *toxiques*, *ptomaïniques*, *chéloïdiennes*, *cornées*, *cicatricielles*, *décalvantes*, *papulo-tuberculeuse agminée*, et des *cachectiques* : cette classification est défectueuse en ce sens qu'elle repose alternativement sur l'étiologie et sur l'anatomie pathologique; en réalité cependant, elle est surtout étiologique, car les différences, au point de vue des lésions, impliquent des causes diverses, et, si nous ne les indiquons pas dans cette division, c'est qu'elles sont encore indéterminées.

II

Étiologie générale.

On peut admettre, en thèse générale, que, dans la grande majorité des cas, les *maladies des glandes sébacées sont provoquées par un trouble dans leurs fonctions.* Or, ces fonctions sont multiples.

En premier lieu, les *glandes pilo-sébacées sont incessamment le siège de néoformations épidermiques;* nous nous sommes, à plusieurs reprises, attaché à établir que *leurs orifices et ceux des glandes sudoripares sont le siège principal des productions épidermiques à l'état pathologique et sans doute aussi à l'état normal;* ces organes concourent ainsi activement à l'excrétion des substances qui entrent dans la constitution de ces produits épidermiques, et l'on conçoit qu'une modification dans la quantité ou la qualité de ces substances puisse devenir pour ces glandes une cause d'altération. On peut avec vraisemblance rapporter à cette cause une partie au moins des faits d'*acné cornée*, laquelle est constituée par la genèse d'une quantité anormale de cellules épidermiques et leur hyperkératinisation.

Les glandes sébacées sont également le siège d'une formation continue et abondante de matières grasses; celles-ci paraissent surtout destinées à lubrifier les cheveux, les poils et aussi la surface cutanée; mais il est permis de supposer avec une très grande probabilité *qu'elles constituent aussi des émonctoires, concurremment avec les glandes sudoripares, pour les corps gras ingérés ou produits dans l'organisme;* ici encore, un excès ou une altération de ces substances ou de leurs générateurs pourront devenir des causes d'altérations de ces organes : tel est, selon la plupart des auteurs, le facteur étiologique principal de l'*acné vulgaire*. Payne a émis l'hypothèse que, chez les sujets atteints de cette dermatose, les follicules se développent incomplètement et qu'il se produit une accumu-

lation d'un sebum trop épais pour pouvoir s'éliminer suffisamment : ce n'est là qu'une vue de l'esprit. D'autre part, on a invoqué un affaiblissement de l'activité cellulaire, et par suite de la force dite *vis a tergo* qui normalement assure l'excrétion des cellules épidermiques et de la graisse par les orifices pilo-sébacés : cette interprétation est difficile à soutenir en présence de l'aspect pléthorique que présentent beaucoup d'acnéiques, de leur constitution robuste et de l'activité de leur nutrition générale. La même considération nous porte à n'attribuer, dans la genèse de l'acné, qu'une importance secondaire à la diminution de l'élasticité de la peau et à l'atonie de ses muscles lisses signalées, dans un intéressant travail de Pospelow, comme d'importants facteurs.

Les glandes sébacées peuvent devenir des *organes d'élimination pour les produits anormalement introduits dans l'organisme ou engendrés par lui*, soit par le fait de prédispositions diathésiques, soit sous l'influence de causes morbifiques, réagir, et par suite s'altérer : telle est la cause prochaine des *acnés médicamenteuses* (acné iodique, acné bromique) ainsi que des *acnés* dites *ptomaïniques* que Leloir a décrites dans la grippe et que l'on peut voir survenir dans diverses autres maladies infectieuses, particulièrement à l'époque de la défervescence, alors que l'organisme se débarrasse par ses divers émonctoires des produits anormaux qui s'y sont développés.

Les appareils pilo-sébacés sont riches en vaisseaux et par conséquent *susceptibles de se congestionner*, soit en même temps que toutes les parties de la surface cutanée, soit isolément : les troubles de la sécrétion sébacée paraissent être une des principales causes de ces congestions locales ; on s'explique ainsi comment la *couperose* accompagne souvent l'acné vulgaire ou lui fait de suite.

L'*éréthisme cutané* que provoque, particulièrement au visage, l'ingestion des aliments chez la plupart des acnéiques *peut être attribué, soit à un réflexe d'origine gastro-intestinale*, dont on ne comprendrait guère la signification physiologique, *soit plutôt à la surcharge momentanée de l'organisme en maté-*

riaux qui trouvent leur émonctoire dans les glandes de cette région, en excitent les fonctions et en amènent ainsi la congestion; on comprend de la sorte comment ces congestions sont plus particulièrement provoquées par l'ingestion des boissons alcooliques et des stimulants diffusibles.

Les glandes sébacées participent à l'évolution du système pileux; c'est dire qu'elles se développent surtout à l'époque de la puberté, aussi bien chez la femme, dont la peau se couvre souvent alors d'un duvet apparent, que chez l'homme : d'où la suractivité fonctionnelle et la vulnérabilité plus grande de ces organes à cette période de la vie.

L'hyperémie qui accompagne l'acné peut entraîner une intensité plus grande des phénomènes nutritifs dans le tissu conjonctif qui entoure les glandes sébacées : d'où la production de ces hypertrophies parfois monstrueuses qui peuvent accompagner les *acnés rosacées.*

C'est par un processus analogue que l'on peut s'expliquer la formation de saillies chéloïdiennes au pourtour de boutons acnéiques; mais il s'agit là, le plus souvent, d'acné développée autour de poils adultes. Il en est de même de la variété qui a été décrite par E. Besnier sous le nom d'*acné dépilante.* La cause prochaine de ces affections échappe encore, ainsi que celle de la maladie de Darier, mais on peut admettre qu'on ne se trouve vraisemblablement plus là en présence de maladies de cause interne, mais bien d'*altérations provoquées par l'invasion d'éléments parasitaires :* on conçoit en effet que les *orifices constamment ouverts des glandes sébacées constituent des portes d'entrée pour les microbes pathogènes* qui foisonnent ordinairement à la surface de la peau ou qui peuvent s'y développer accidentellement.

Si nous cherchons, parmi ces différentes causes, celles auxquelles on peut rapporter plus particulièrement la genèse de l'acné vulgaire, qui, en raison de sa grande fréquence, est la plus importante à bien connaître, nous trouvons, en première ligne, l'évolution sexuelle, à tel point que cette dermatose pourrait être dénommée *acné d'évolution;* et de fait, il est

d'observation courante que cette acné apparaît le plus habituellement au moment de la puberté et persiste pendant l'adolescence et la première jeunesse pour s'éteindre ensuite ou se transformer.

Comme cause adjuvante, il faut citer surtout la suralimentation, si fréquente à cette époque de la vie, et particulièrement l'abus des féculents, des graisses et des alcools.

Barthélemy attache une grande importance, dans la genèse de cette acné, à la dilatation de l'estomac : la gastrectasie existerait, d'après lui, presque constamment chez les sujets qui sont atteints de cette dermatose. Nos observations personnelles n'ont pas confirmé cette manière de voir; elle est, d'ailleurs, en contradiction avec la cessation de l'acné à partir de l'âge moyen, alors que la dilatation de l'estomac devient au contraire plus fréquente.

Faut-il invoquer la diathèse arthritique? Sans aucun doute l'acné vulgaire est fréquente chez les rhumatisants et les goutteux, mais on la constate également chez nombre d'individus qui ne présentent aucun des attributs de cette diathèse : l'observation quotidienne ne nous paraît donc pas confirmer à cet égard l'opinion de Bazin.

L'acné vulgaire coïncide fréquemment avec un état séborrhéique des plus prononcés. Il est probable que l'un et l'autre reconnaissent une même cause prochaine; ils représentent des modes de réaction différents des appareils pilo-sébacés.

Nous verrons bientôt qu'Unna a décrit dans l'acné vulgaire un fin bacille auquel il attribue la genèse de cette dermatose. Il est possible que ce parasite joue un rôle dans la production de ces lésions, mais il n'intervient, selon toute vraisemblance, que secondairement; la condition primaire et essentielle doit être bien plutôt une modification dans la composition du terrain constitué par l'exsudat sébacé et sa transformation en un milieu de culture favorable au développement de ce bacille. Les mêmes considérations sont applicables aux cocci et aux spores en gourde (Malassez) que l'on trouve associés à ce microbe.

La menstruation est une cause fréquente d'acné, mais il ne s'agit plus ici de l'acné vulgaire. Selon la remarque bien fondée de Schütz, ces deux variétés présentent des sièges différents : l'acné menstruelle ne débute pas, comme l'acné vulgaire, par le front, mais bien par le menton et le pourtour de la cavité buccale; il faut avouer, d'ailleurs, que l'on ignore complètement la cause de cette localisation. Pour ce qui est du mode de production de cette acné menstruelle, on peut invoquer l'éréthisme vasculaire qui accompagne les règles et peut être aussi la genèse de toxines sous l'influence du travail de maturation ovulaire.

III

Caractères cliniques.

A. — ACNÉ VULGAIRE

Elle peut se présenter sous des *formes diverses* qui sont désignées sous les noms d'acnés *ponctuée*, *papuleuse*, *indurée*, *pustuleuse*, *phlegmoneuse*. Nous indiquerons succinctement les caractères qui leur sont communs et ceux qui appartiennent à chacune d'entre elles.

Elles ont pour siège de prédilection le visage et le haut du thorax. Comme l'a fait justement observer Schütz, elles suivent d'ordinaire une marche descendante : débutant par le front, elles envahissent successivement, de haut en bas, le nez et particulièrement son extrémité inférieure, les joues et le menton; elles gagnent ensuite le devant du sternum, la région inter-scapulaire, les épaules; elles peuvent s'étendre à la partie supérieure des bras; il est rare de les voir intéresser les autres parties du corps. Les régions où manquent les glandes sébacées, c'est-à-dire les surfaces palmaires et plantaires, en restent nécessairement indemnes.

Chez les sujets qui en sont atteints, la peau est souvent épaisse et huileuse; les orifices pilo-sébacés sont larges; les

altérations débutent le plus souvent par la formation d'un comédon.

Ces *comédons* sont des concrétions qui obstruent les orifices pilo-sébacés; ils représentent de véritables bouchons effilés, terminés à la surface du tégument par une masse renflée qui en constitue la tête et profondément par une extrémité fine et allongée; celle-ci est de couleur blanchâtre, alors que la tête présente l'aspect d'un point noir; il n'est pas rare, comme l'a bien montré Ohmann-Dumesnil, de voir deux têtes comédoniennes se réunir profondément en un seul corps : c'est ce que l'on appelle *doubles comédons*.

Le volume de ces concrétions est des plus variables; il en est dont la tête atteint plusieurs millimètres de diamètre.

Leurs sièges de prédilection sont ceux de l'acné vulgaire, mais on les rencontre aussi dans des parties où l'on ne voit guère de boutons acnéiques : telles sont les paupières, la conque de l'oreille; on peut également les trouver en quantité sur toute la hauteur du tronc, et elles coïncident dans la région lombo-sacrée avec une variété d'acné cornée. Si donc elles jouent un rôle considérable dans la production de l'acné vulgaire, leur histoire ne se rattache pas exclusivement à celle de cette affection; elles peuvent exister sans elle, occuper des régions qui en sont exemptes et se perpétuer alors que les lésions acnéiques ont depuis longtemps disparu.

Pour que l'acné soit provoquée par le comédon, il faut un mode de réaction spécial au sujet et peut-être son invasion par des bacilles spéciaux; or, ce mode de réaction ne se produit que dans les conditions indiquées précédemment.

Les *caractères cliniques* des différentes formes d'acné vulgaire sont d'observation facile.

Dans l'*acné ponctuée*, le comédon est entouré par une élevure légèrement indurée, tantôt non colorée, tantôt rosée.

Dans l'*acné simplex*, ces élevures deviennent acuminées, d'une couleur variant de la pigmentation normale de la peau au rouge plus ou moins foncé; leur consistance est ferme; le plus souvent elles suppurent : on voit alors leur sommet blan-

chir et bientôt renfermer une gouttelette de pus qui se concrète et forme une croûtelle ; celle-ci tombe rapidement ; peu de jours après, la petite élevure s'affaisse et la lésion n'est plus représentée que par une tache brune qui pâlit peu à peu et disparaît en laissant parfois à sa place une petite dépression cicatricielle.

Les boutons peuvent être plus volumineux, s'entourer d'une auréole érythémateuse et se terminer par la formation d'une pustule plus volumineuse : c'est l'*acné pustuleuse*.

Dans l'*acné indurata*, les lésions sont plus profondes ; elles intéressent le tissu cellulaire en même temps que le follicule pilo-sébacé ; les boutons sont volumineux, de couleur rouge, de consistance ferme ; ils se ramollissent à leur sommet, où l'on voit paraître du pus. Cette forme, plus que la précédente, laisse à sa suite des cicatrices déprimées indélébiles.

Dans l'*acné phlegmoneuse*, la suppuration est plus abondante ; il se forme un abcès dermique qui s'ouvre plus ou moins rapidement ; les cicatrices sont plus étendues et plus profondes.

L'*acné* est dite en *grains d'orge* quand les boutons agglomérés prennent une forme ovalaire.

Kaposi a vu coïncider avec l'acné vulgaire des boutons très vasculaires atteignant le volume d'un pois ; il a donné à cette forme non suppurative le nom d'*acné télangiectasique*.

Si chaque bouton d'acné n'a le plus souvent qu'une durée éphémère et se termine bientôt par suppuration en laissant ou non une cicatrice plus ou moins déprimée et étendue suivant l'intensité du processus inflammatoire et le volume des boutons, la maladie en elle-même persiste au contraire pendant des années ; elle procède par poussées successives : à mesure que les boutons disparaissent, il s'en reproduit d'autres ; il se fait ainsi une série d'éruptions, séparées ou non par des intervalles plus ou moins prolongés d'accalmie ; ces poussées sont provoquées fréquemment par des écarts de régime, tels que les abus des spiritueux ou une alimentation vicieuse par sa qualité ou sa quantité. Il est habituel de voir ainsi

l'acné vulgaire se prolonger pendant une partie de l'existence.

Il n'est pas rare de voir lui succéder, soit de l'eczéma séborrhéique, soit de l'acné rosacée.

Très exceptionnellement, l'acné suppurée a donné lieu au développement d'une phlébite secondaire qui, en se propageant à la veine ophtalmique et au sinus caverneux, a entraîné la mort.

L'acné vulgaire a été particulièrement étudiée au point de vue *anatomo-pathologique*, dans ces derniers temps, par Unna et Menahem Hodara. Ces auteurs ont constaté, en premier lieu, que l'on y trouve constamment, en dehors du *demodex folliculorum*, parasite banal de l'épiderme et sans signification pathogénétique, divers micro-organismes : ce sont des cocci spéciaux, distincts des staphylocoques et des streptocoques, des spores en gourde et de fins bacilles qui appartiendraient en propre à cette affection. Les cocci et les spores de Malassez se rencontrent dans la tête et les lamelles externes du comédon; ils les ont certainement envahies secondairement et sont sans importance. Il n'en serait pas de même, d'après les auteurs que nous venons de citer, des fins bacilles, courts, relativement épais, légèrement recourbés, à extrémités arrondies, à centre plus volumineux, mesurant 7 μ sur 3, entourés d'une gelée, susceptibles de s'allonger, de se grouper en série de trois ou cinq ou de confluer en amas volumineux, que l'on rencontre constamment dans les parties profondes du comédon, dans sa cavité centrale, et qui ne pénètrent dans les lamelles externes que tardivement; on ne les trouve que dans les comédons accompagnés d'acné; ils font complètement défaut dans les autres. Unna les regarde comme la cause probable de cette dermatose. On ne saurait cependant considérer ce fait comme démontré : on n'a pu jusqu'ici provoquer cette affection en inoculant le produit de culture de ces bacilles; il est possible que, comme les autres micro-organismes précités, ils ne se développent que secondairement dans un milieu qui leur est favorable. Il est, par contre, très vraisemblable qu'ils sont les agents générateurs des

suppurations acnéiques, car on n'y trouve pas habituellement d'autres microbes pyogènes; ces suppurations ne se produisent que lorsqu'ils se multiplient en quantité assez considérable pour pénétrer dans le tissu conjonctif ambiant ou pour y faire pénétrer les ferments solubles qu'ils engendrent.

Comme altérations histologiques, il faut mentionner l'épaississement de l'épiderme au niveau du comédon, la dilatation des vaisseaux des follicules et des glandes, la production de cellules à noyaux multiples, pour la plupart basophiles, quelques-unes éosinophiles, et de cellules fusiformes. Les inflammations secondaires peuvent rester limitées aux follicules ou s'étendre au tissu qui les entoure; il peut également survenir de l'impétigo. Unna distingue des folliculites suppurées supérieures ou inférieures suivant qu'elles débutent superficiellement par de l'impétigo ou profondément dans le follicule ou les glandes annexes.

Les suppurations sont surtout endo-folliculaires; elles restent généralement circonscrites; elles ne se propagent qu'exceptionnellement et dans une faible proportion au tissu qui les entoure; elles ne s'étendent donc pas et diffèrent ainsi essentiellement des inflammations provoquées par les staphylocoques, particulièrement des furoncles.

Parfois, les lésions de l'acné rétrocèdent complètement; d'autres fois, les abcès folliculaires amènent la formation de cavités, et, si plusieurs de ces cavités deviennent confluentes, on peut voir se produire les doubles comédons.

Le *diagnostic* ne présente guère de difficultés : le siège des altérations, leur marche descendante, la présence constante de comédons, la dissémination des éléments éruptifs sont, dans leur ensemble, caractéristiques.

Il est peut-être difficile, cependant, de savoir si l'acné vulgaire existe seule ou si elle n'est pas compliquée d'eczéma. Nous avons vu, en effet, qu'elle se développe chez des sujets séborrhéiques : c'est dire qu'elle coïncide fréquemment avec l'*eczéma séborrhéique* du cuir chevelu; mais cet eczéma peut envahir le visage et le haut du thorax et offrir alors

beaucoup d'analogie dans son aspect avec l'acné vulgaire : dans les deux cas, il y a des élevures acuminées et érythémateuses; si, concurremment, il existe au visage des lésions typiques d'acné et au cuir chevelu de l'eczéma séborrhéique, comment classer l'éruption thoracique? Chez un malade que nous avons présenté en 1889 à la réunion des médecins de Saint-Louis, l'accord n'a pu s'établir. La même difficulté peut se présenter au visage : en l'absence de comédons dans les éléments, on peut être contraint de rester dans l'indécision. Cependant, lorqu'il s'agit d'un eczéma, la rougeur concomitante est d'ordinaire plus prononcée autour de chaque élément, bien que l'acné vulgaire puisse coïncider avec l'acné rosacée. D'autre part, dans l'eczéma, les boutons sont plus souvent agglomérés en petits groupes; ils suppurent moins constamment et seulement sous l'influence de topiques irritants; ils sont plus prurigineux ; le volume des saillies est moindre; elles sont souvent recouvertes de squames et de minces croûtelles. En tenant compte de ces caractères, on évite le plus souvent une erreur qui peut être très préjudiciable en conduisant à une thérapeutique mal appropriée.

B. — ACNÉ MENSTRUELLE

Elle diffère surtout de la précédente par ses localisations : tandis que nous avons vu l'acné vulgaire débuter habituellement par le front pour descendre graduellement sur les joues et le nez et n'atteindre le menton qu'en dernier lieu, l'acné menstruelle, au contraire, intéresse en premier lieu, comme nous l'avons déjà indiqué, le menton et le pourtour de la cavité buccale; elle est caractérisée d'un autre côté par les exacerbations qu'elle présente au moment des règles.

C. — ACNÉ PILAIRE

Elle est généralement désignée en Allemagne sous le nom d'*acné varioliforme :* c'est l'*acné pilaire* de Bazin, l'*acné à*

cicatrices déprimées de Besnier et Doyon, l'*acné rodens* de Vidal et Leloir, l'*acné atrophique* ou *ulcéreuse* de Brocq; plus récemment, Boeck lui a donné le nom d'*acné nécrotique*. Le nom d'*acné pilaire* est celui que nous adoptons de préférence pour cette dermatose, car les autres dénominations et surtout la dernière ont le tort de pouvoir s'appliquer également à certaines formes d'acné vulgaire; il suffit pour s'en convaincre de regarder les larges cicatrices qu'offrent au visage et surtout entre les épaules plusieurs malades qui en sont atteints. Quoi qu'il en soit, cette acné occupe de préférence les follicules des poils adultes; son siège d'élection est la région temporo-frontale, sur les limites du cuir chevelu qu'elle envahit fréquemment.

Elle se manifeste, en premier lieu, par une élevure au centre de laquelle on voit un poil, le plus souvent adulte. Bientôt, cette élevure se trouve surmontée d'une croûte colorée, d'abord en jaune, puis en brun; cette croûte a été le plus souvent, mais non constamment, précédée par une pustule d'ordinaire peu volumineuse; bientôt le poil central tombe et la croûte se déprime dans sa partie médiane : c'est cette ombilication qui avait conduit Hebra à lui appliquer l'épithète de *varioliforme*.

Si l'on enlève la croûte, on trouve au-dessous d'elle une ulcération recouverte d'un exsudat visqueux et jaunâtre. Dans les cas légers, cette ulcération reste peu profonde et s'efface graduellement, en laissant après elle une cicatrice légèrement déprimée, d'abord colorée en brun, puis pâlissant graduellement, et finissant par trancher par sa blancheur sur les parties voisines. Dans les formes graves, les croûtes sont plus étendues; elles correspondent à plusieurs follicules; l'ulcération gagne en profondeur et il se fait une perte de substance relativement considérable; il en résulte une cicatrice, profonde et parfois étendue en surface : nous l'avons vue atteindre plus d'un centimètre de diamètre.

Dans le cas que Boeck a pris pour type de son acné nécrotique, les boutons étaient entourés d'une quantité de points

hémorragiques fins comme des grains de poussière ; il s'agissait vraisemblablement d'un mode de réaction anormal et particulier au sujet observé ; les autres caractères de l'éruption étaient d'ailleurs identiques à ceux que nous venons de décrire. Ces acnés ont tendance à récidiver et à se perpétuer ainsi indéfiniment si la thérapeutique n'intervient pas chez les sujets qui en sont atteints.

Nous ne considérons pas comme certain que cette dermatose diffère par sa nature de l'acné vulgaire, car Unna y a rencontré les mêmes micro-organismes : la différence essentielle consiste en ce que, dans cette acné pilaire, les diplocoques, au lieu de rester limités à la surface du bouton, pénètrent dans la profondeur du follicule pileux enflammé ; il est possible qu'il n'y ait là qu'une question de siège, un mode de réaction spécial aux follicules et aux glandes des poils adultes.

D. — ACNÉ ROSACÉE OU ÉRYTHÉMATEUSE ACNÉ TÉLANGIECTASIQUE — COUPEROSE — ACNÉ HYPERTROPHIQUE ET RHINOPHYMA

Ces différentes formes ont pour causes prochaines les troubles secondaires qu'entraînent les acnés vulgaires dans la vascularisation ou la nutrition des parties qui les environnent.

C'est généralement dans la seconde jeunesse que ces altérations commencent à se manifester ; elles n'ont ultérieurement aucune tendance à rétrocéder ; elles peuvent survenir sous forme de poussées aiguës qui se produisent le plus souvent après les repas, même chez les sujets sobres, *a fortiori* chez les gros mangeurs et les grands buveurs.

Il ne faut pas croire que les écarts de régime puissent être notés comme cause constante des acnés hypertrophiques : l'observation d'un vénérable ecclésiastique qui était atteint d'un rhinophyma réellement colossal suffirait à montrer que cette étiologie n'est pas constante ; on ne peut nier cependant

que ce ne soit là, dans bien des cas tout au moins, une cause adjuvante d'une incontestable puissance.

Il faut mentionner encore, comme cause possible de ces poussées, l'époque menstruelle.

Contrairement à l'acné vulgaire que nous avons vue être descendante, et à l'acné menstruelle qui est ascendante, ces acnés rosées débutent par le milieu du visage et s'étendent ensuite excentriquement. Elles peuvent longtemps rester limitées au nez et à son voisinage immédiat. Plus tard, on voit des taches apparaître sur les joues; celles-ci peuvent cependant aussi être initiales, et ce n'est que secondairement que le front, le menton, la partie postérieure des joues se trouvent intéressés; les oreilles peuvent également être affectées; le cou est bien plus rarement envahi par l'éruption.

A un léger degré, la couperose n'est caractérisée que par des poussées érythémateuses qui se produisent après les repas ou l'ingestion de boissons stimulantes, particulièrement de thé, et occupent isolément ou simultanément le milieu des joues et le lobule du nez; dans la suite, la rougeur devient persistante en ces mêmes régions, tout en subissant une augmentation d'intensité et assez souvent en envahissant de nouvelles régions (front, partie postérieure des joues, menton).

Cet état peut persister pendant de longues années avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation et finir par s'atténuer pour disparaître graduellement. D'autres fois, au contraire, à l'érythème viennent s'ajouter des papulo-pustules; celles-ci sont de dimensions très variables; les unes miliaires, les autres volumineuses. Dans certains cas, il y a surtout, comme l'ont montré Besnier et Doyon, un état séborrhéique avec *exfoliation et saillie des orifices* pilo-sébacés; il semble s'agir d'une variété intermédiaire entre l'acné et l'eczéma et on peut lui donner indifféremment les noms d'*acné eczématique* ou d'*eczéma acnéique*.

Dans les cas intenses, les papulo-pustules s'entourent d'une base inflammatoire avec infiltration profonde du derme et parfois aussi du tissu connectif sous-jacent.

A la dilatation des capillaires qui constitue le plus souvent les plaques érythémateuses peuvent s'adjoindre des dilatations veineuses, particulièrement sur le lobule et au pourtour des narines et aussi au niveau des joues : d'où le nom d'*acné télangiectasique* donné à cette variété.

Dans l'acné dite *hypertrophique* ou *éléphantiasique*, la tuméfaction devient considérable, parfois énorme. Au début, c'est le plus habituellement la peau du lobule et des ailes du nez qui s'épaissit en même temps qu'elle devient plus rouge et que ses orifices glandulaires deviennent plus apparents ; bien qu'oblitérés en partie, ils sont le siège d'une sécrétion adipeuse qui donne aux parties atteintes un aspect huileux ; elles sont parcourues par des veines très volumineuses et superficielles qui se dessinent sous la peau.

L'hypertrophie peut être uniforme ou tubéreuse. Dans ce dernier cas, des tumeurs plus ou moins volumineuses se détachent de la masse principale et font des saillies parfois très considérables. Sur un moulage du musée de l'hôpital Saint-Louis, on les voit atteindre le volume des deux poings et descendre du nez au-devant de la bouche jusqu'au menton. Sur un autre moulage dont Besnier a donné la reproduction photographique dans l'*Iconographie des maladies cutanées et syphilitiques*, les lésions atteignent leur plus grande intensité au niveau de la glabelle ou espace inter-sourcilier ; les masses saillantes y simulent des circonvolutions séparées par des plis profonds qui ne sont, pour la plupart, que les plis normaux très exagérés. La surface de ces saillies est généralement lisse ou grenue, parfois inégale, bosselée ; on peut y voir des boutons d'acné ; leur couleur est d'un rouge sombre, souvent violacée ; la dilatation des orifices pilo-sébacés est des plus frappantes : elle peut atteindre plusieurs millimètres. La consistance des masses est le plus souvent mollasse, parfois ferme par place. Ces altérations donnent à la physionomie l'aspect le plus étrange. Comme dans la couperose simple, les masses deviennent plus rouges après l'ingestion de boissons ou d'aliments stimulants.

L'hyperémie et les localisations initiales sur les parties médianes du visage différencient ce type morbide de l'acné vulgaire. On a contesté son origine sébacée; les troubles de vascularisation peuvent en effet exister seuls, sans lésions glandulaires appréciables, mais, comme ils se produisent avec des caractères identiques, en tant que complication de l'acné, on peut admettre avec une grande vraisemblance que les glandes en sont constamment le point de départ. On conçoit qu'un organe puisse devenir, par suite d'un trouble dans ses fonctions et sa structure intime, le point de départ d'altérations congestives ou inflammatoires alors que nous nous trouvons dans l'impossibilité, avec nos moyens d'investigation, de déterminer la nature de ces lésions initiales.

Il est parfois difficile de distinguer l'acné rosacée du *lupus érythémateux;* dans les deux cas, en effet, le nez et les joues peuvent être le siège de placards érythémateux persistants, les localisations peuvent être semblables; mais la présence de boutons papulo-pustuleux permettra d'affirmer qu'il s'agit d'une acné. Au contraire, des cicatrices très superficielles et étendues en surface indiqueront que l'on a affaire à un lupus érythémateux; une légère saillie d'un des bords des plaques érythémateuses, l'accentuation de la rougeur à leur niveau ainsi qu'une décoloration appréciable de leurs parties centrales sont en faveur du même diagnostic.

Les masses éruptives du rhinophyma sont parfois confondues avec d'autres tumeurs du lobule nasal: si elles s'accompagnent d'une hyperémie, l'examen histologique peut seul juger la question.

E. — ACNÉS CORNÉES

Cazenave et Hardy ont décrit, sous ce nom, une dermatose caractérisée par des pointes dures dépassant de plusieurs millimètres le niveau de la surface cutanée et ayant pour sièges les follicules pilo-sébacés.

Des observations récentes montrent qu'il y a lieu d'en distinguer plusieurs formes.

Dans l'une, qui a été signalée par Tenneson et par nous-même, les lésions sont agminées en groupes à contours nets, irréguliers ou polycycliques; elles ne remontent pas à l'enfance; elles ont une évolution et tendent à se disséminer et à s'étendre. Les productions cornées sont manifestement constituées par des comédons très allongés et très durs, généralement colorés en noir; les follicules pilo-sébacés dont ces comédons représentent le produit de sécrétion durci sont saillants; ils peuvent être en outre légèrement colorés en rouge pâle; les plaques agminées peuvent présenter dans leur ensemble une coloration rouge plus ou moins vive; enfin les parties atteintes sont parfois le siège d'un prurit intense. Cette éruption occupe de préférence le haut du tronc, en arrière; dans notre fait, elles se sont étendues aux bords postérieurs des aisselles, aux coudes, aux régions postéro-externes des avant-bras et aux fesses. Les membres inférieurs peuvent également être intéressés; le visage est aussi parfois envahi.

D'après Leloir et Vidal, les altérations histologiques portent surtout, dans l'acné cornée, sur l'épithélium du follicule pilo-sébacé, que l'on trouve fort épaissi dans ses couches cornées et aussi au niveau du corps de Malpighi; les papilles dermiques sont très allongées et un peu élargies; les vaisseaux du derme sont dilatés et entourés de manchons de cellules embryonnaires.

Leredde a constaté, chez la malade de Tenneson, la présence de globules blancs dans les glandes sébacées,

L'autre forme d'acné cornée n'évolue pas, mais reste indéfiniment stationnaire; les comédons n'y sont pas distribués en placards, ils sont disséminés. Cette forme n'est pas agminée, elle n'a pas de tendance à s'étendre. Dans deux faits que nous avons publiés avec Jeanselme, les concrétions occupaient surtout les parties latérales du rachis dans la région lombaire et la partie inférieure de la région dorsale; on en voyait quelques-unes sur l'abdomen; leur disposition était générale-

ment symétrique. On a noté également un petit nombre de concrétions disséminées dans les conques des oreilles ou dans les aisselles, les aines, au pubis, aux cuisses et aux jambes. Chaque comédon, d'un brun foncé ou noirâtre, de consistance très ferme, fait une saillie de un à deux millimètres ; si l'on vient à l'énucléer, on obtient une sorte de perle cornée, presque translucide, qui glisse et s'échappe comme un noyau de cerise lorsqu'on cherche à l'écraser entre deux lames de verre : sa consistance diminue à mesure que l'on se rapproche de son extrémité profonde qui est molle, blanchâtre et traversée par un poil follet.

Entre les comédons, qui représentent la lésion en acte, sont disséminées de nombreuses cicatrices superficielles, blanchâtres, circulaires, mesurant jusqu'à cinq millimètres de diamètre, un peu saillantes à leur périphérie et légèrement déprimées à leur centre, d'où émerge un poil : elles sont le vestige d'inflammations suppuratives qui peuvent se renouveler chaque année ; on observe aussi des taches pigmentées qui reconnaissent la même origine.

L'examen anatomo-pathologique dénote une dilatation énorme du follicule, la présence dans sa cavité de nombreuses cellules kératinisées, mais remarquablement pauvres en matières grasses, l'épaississement de la couche de Malpighi, la multiplication des cellules rondes et fusiformes dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Ces acnés cornées diffèrent de l'acné vulgaire par leur localisation, leur mode de distribution, l'absence presque complète de graisse dans les comédons, l'aspect filiforme et la longueur de ces productions ; il est évident que, contrairement à l'acné vulgaire, elles n'ont rien à faire avec les troubles de l'élimination des matières grasses. On ignore quelle en est la cause prochaine : on peut supposer une invasion microbienne pour la première forme, un trouble d'évolution ou une dyscrasie pour la seconde.

F. — ACNÉS CHÉLOÏDIENNES

Leur siège à la nuque, dans la région sous-hyoïdienne ou à la partie postérieure des joues, et la présence, dans les boutons, de poils adultes remarquables par leur implantation vicieuse, leur divergence et leur volume relativement considérable, différencient suffisamment cette dermatose de l'acné vulgaire pour qu'il n'y ait pas de confusion possible.

G. — DERMATITE PAPULO-PUSTULEUSE AGMINÉE DE LA FACE

Dans la maladie que nous avons fait connaître, avec P. Claisse, sous ce nom, le mode de développement des boutons qui apparaissent soudainement comme un pseudo-exanthème et sont d'abord de petites dimensions, car leur diamètre initial ne dépasse pas un millimètre, leur forme primitivement acuminée, leur couleur d'un rouge clair et vif, leur accroissement rapide, l'aspect arrondi de leur sommet qui leur donne une forme hémisphérique, leur consistance très ferme, leur groupement en plaques qui atteignent les proportions d'une pièce de deux francs et rappellent par leur aspect celui du zona, la guérison complète par les cautérisations ignées, sont autant de caractères qui ne permettent pas la confusion avec l'acné vulgaire.

H. — ACNÉS MÉDICAMENTEUSES

L'*acné iodique* se distingue de l'acné vulgaire par sa suppuration rapide, par l'acuité de son évolution, par ses localisations à toute l'étendue du visage ainsi que sur les membres et par la coïncidence d'autres phénomènes d'iodisme.

L'*acné bromique* se produit d'ordinaire concurremment avec d'autres manifestations différentes de l'acné, et particulière-

ment des soulèvements bulleux concrets tout à fait caractéristiques.

Les *folliculites* provoquées par le contact de certaines substances médicamenteuses, telles que l'huile de cade, la chrysarobine, l'acide pyrogallique, le goudron et autres, se différencient suffisamment par leur siège et la présence de l'agent nuisible dans l'orifice glandulaire.

I. — ACNÉS CICATRICIELLES DÉPILANTES

La dermatose décrite sous ce nom par Besnier et Doyon est la même qui a été appelée *sycosis chronique, prolongé, permanent*, *acné décalvante* par Lailler, *folliculite décalvante* par Brocq, *ulérythème sycosiforme et acnéiforme* par Unna. Ces éruptions occupent surtout les régions velues de la face. Elles débutent par des saillies rouges et bientôt vésiculo-pustuleuses à la base des poils : ces lésions se groupent en îlots, symétriques ou non, qui s'étendent plus ou moins rapidement en présentant des contours serpigineux : les vésiculo-pustules se dessèchent en croûtelles blanchâtres d'apparence cornée ; l'aire des îlots envahis devient le siège d'une desquamation pityriasiforme ; les poils tombent pour ne plus repousser et il se produit un tissu de cicatrice aux lieu et place des follicules.

J. — ACNÉ DES CACHECTIQUES

Nous avons établi que cette éruption associée le plus souvent au lichen scrofulosorum n'est comme lui qu'une forme de tuberculose cutanée provoquée vraisemblablement par l'action de toxines qu'engendrent les bacilles. Il en est de même de la *folliclis* de Barthélemy et de l'acné dite scrofulosorum.

IV

Traitement.

A. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES CAUSES

Nous étudierons successivement les indications fournies par les causes, les processus et les lésions de ces acnés; celles qui résultent des symptômes sont nulles.

Une des principales indications qui ressortent de l'étiologie est la *diète des substances grasses et féculentes :* quelle que soit la cause de l'acné séborrhéique, on la combat efficacement en diminuant, dans la mesure du possible, la production, dans l'organisme, des matériaux générateurs du sebum.

Dans le même ordre d'idées, les spiritueux et les boissons stimulantes seront également interdits en raison de l'action excitante que ces boissons exercent manifestement sur les fonctions des glandes sébacées et la vascularisation de la face.

Il est concurremment d'une grande utilité de favoriser, autant que faire se peut, les digestions gastrique et intestinale et de prévenir les fermentations qui peuvent les entraver ou les vicier : on pourra donc prescrire avec avantage, soit les *alcalins,* soit l'*acide chlorhydrique,* suivant la forme de dyspepsie, et aussi des antiseptiques tels que le *naphtol* ou le *salol* associés ou non au *charbon;* ce n'est que dans le cas de dilatation très prononcée de l'estomac qu'il y aurait lieu de procéder méthodiquement au *lavage* de cet organe.

Lorsque les éruptions acnéiques subissent l'influence des poussées menstruelles, l'usage des *emménagogues* paraît être indiqué.

Nous allons voir que le traitement local consiste en partie dans l'application de parasiticides qui répondent également à une indication causale.

Pour ce qui est des acnés ptomaïniques dans les maladies

infectieuses aiguës, il faut attacher une importance prépondérante à l'*antisepsie buccale :* on peut lui associer les *purgatifs* et les *diurétiques*, particulièrement le *régime lacté*, dans le but de favoriser l'élimination des toxines.

La suppression de la cause morbifique suffit, en toute évidence, à enrayer le développement des acnés toxiques et médicamenteuses. Pour les autres formes d'acné, l'ignorance de leur cause laisse le médecin dans l'impuissance de répondre à cette indication.

B. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES PROCESSUS ET LES LÉSIONS

1° Acnés vulgaires.

Ces indications diffèrent suivant les formes de ces acnés.

Dans l'*acné punctata*, il faut avant tout débarrasser les orifices glandulaires des concrétions qui les obstruent : on y parvient *mécaniquement* en comprimant leur pourtour, soit avec l'instrument dit *Komedonquestcher* (extracteur de comédons), soit simplement avec l'extrémité d'une clef de montre : le comédon sort sous la forme d'un filament, noir à son extrémité, blanc jaunâtre dans sa partie terminale. Cette ablation a une importance capitale; car, ainsi que nous l'avons dit déjà, l'irritation provoquée par la présence de ces concrétions est la cause déterminante des altérations qui se produisent ultérieurement dans les appareils pilo-sébacés et à leur périphérie et donnent lieu ainsi à la production des diverses formes d'*acné figurata*. C'est dans le même but que Pospelow a préconisé récemment le *massage* des parties atteintes. Il le pratique matin et soir avec les doigts imprégnés d'un topique gras; il a soin de diriger les frictions dans le sens des conduits excréteurs des glandes sébacées, c'est-à-dire du milieu vers les côtés du front, des oreilles obliquement en bas vers les joues et le menton, des angles internes des yeux et des ailes du nez obliquement vers les joues, de la fossette sus-

labiale transversalement en dehors, enfin circulairement de haut en bas autour de la houppe du menton.

Dans le même ordre d'idées, pour faciliter l'expulsion des comédons, et aussi pour empêcher de nouvelles concrétions de se produire, l'application *d'eau aussi chaude* que les malades peuvent la supporter est éminemment utile; on a conseillé récemment de faire cette application à l'aide d'un tube dans l'extrémité duquel on introduit de l'ouate que l'on imprègne du liquide : on peut ainsi agir directement sur chaque bouton d'acné. On ajoutera avantageusement à cette eau chaude, soit du *borax*, soit du *carbonate de soude* ou de *potasse* à la dose de 1 à 10 grammes p. 1 000, soit du *savon mou de potasse*, soit du *savon au soufre*, à l'*ichthyol* ou au *salol*. Si les comédons sont trop nombreux pour être enlevés, on peut atténuer la difformité qu'ils constituent en les décolorant par l'application de *lanoline* associée à de l'*eau oxygénée* ou *vinaigrée*.

Divers topiques rendent des services dans le traitement local des *différentes formes d'acné séborrhéique* : ils sont pour la plupart à base de *soufre;* l'*ichthyol*, le *naphtol*, le *thiol*, les *acide phénique* et *salicylique*, la *résorcine*, les *mercuriaux* et le *chlorhydrate d'ammoniaque* peuvent ainsi exercer une action médicatrice. Il est à remarquer que tous ces agents sont des parasiticides, ce qui donne à penser que les invasions microbiennes, trouvant dans le sebum un milieu favorable, concourent au développement de ces acnés inflammatoires.

Les préparations actives peuvent être employées sous forme de pommades, de pâtes, d'emplâtres, de vernis ou de liquides.

Pour les pommades, on peut choisir comme excipients la *vaseline*, la *lanoline* associée au produit précédent, la *résorbine*, l'*axonge fraîche* ou l'*huile de dauphin* à laquelle Boeck attache une grande puissance de pénétration;

Nous citerons les formules suivantes :

℞ Axonge fraîche benzoïnée . . . . . 30 grammes.
Soufre précipité et lavé . . .
Savon mou de potasse . . . } ää . . . 5 grammes.

F. s. a. pommade.

℞ Lait de soufre. . . . . 2 à 5 grammes.
Carbonate de potasse. . . . . 0 gr. 20 à 1 gr.

Faites dissoudre, puis ajoutez :

Vaseline. . . . . 20 grammes.

F. s. a. pommade.

Dans d'autres préparations, le soufre est associé au naphtol :

℞ Savon. . . . . 10 grammes.
Axonge benzoïnée. . . . . 20 à 30 —
Lait de soufre. . . . . } ââ. . . 5 —
Naphtol. . . . . }

F. s. a. pommade.

℞ Savon . . . . . } ââ. . . 10 grammes.
Vaseline. . . . . }
Naphtol. . . . . 3 à 5 —
Soufre précipité et lavé. . . . . 3 —

F. s. a. pommade.

Lassar conseille une *pâte résorcinée* à 20 p. 100.
Unna formule ainsi une préparation analogue :

℞ Pommade à l'acide benzoïque . . . . 80 grammes.
Résorcine. . . . . } Aa. . . 10
Kaolin . . . . . }

F. s. a. pommade.

Schütz conseille l'usage de pâtes renfermant, pour les cas légers, du *soufre* et de l'*acide salicylique* à la dose de 2 à 10 p. 100; pour les formes moyennes, de la *résorcine* à la dose de 5 à 50 p. 100; pour les faits graves, de 10 à 20 p. 100 de *naphtol* β.

Les médicaments peuvent encore être incorporés dans du *collodion*, dans de la *traumaticine* ou dans l'*excipient à la caséine* formulé par Unna.

C'est ainsi que Petrini ajoute l'*ichthyol* à la résorcine dans la formule suivante :

℞	Collodion élastique.	30 grammes.
	Ichthyol.	2 —
	Résorcine	1 —

M. s. a.

On peut reprocher aux pommades d'augmenter la proportion déjà excessive de graisse sur la surface cutanée ou, s'il s'agit de préparations à la vaseline, de mettre obstacle, en leur qualité d'enduits difficilement perméables, à l'excrétion des graisses; on emploie donc le plus souvent de préférence les préparations liquides; les suivantes doivent être particulièrement signalées :

℞	Carbonate de potasse		5 grammes.
	Glycérine.	ââ. . .	50 —
	Alcool.		

Dissolvez.

℞	Eau de fleurs d'oranger..	20 grammes.
	Alcool..	80 —
	Résorcine.	2 gr. 25
	Glycérine.	1 gramme.

Dissolvez.

Schwimmer a obtenu de bons effets de la solution de *thiol* à 25 p. 100. Suivant Philippson, l'*acide acétique*, à la dose de 6 p. 1000 dans l'alcool, restreint l'accroissement et la multiplication des boutons et affaisse ceux qui sont en voie de développement.

Voici encore quelques formules fréquemment employées :

℞	Eau bouillie.	200 grammes.
	Alcool camphré	25 —
	Soufre précipité et lavé.	15 —

M. s. a.

℞	Savon.	50 grammes.
	Alcool.	100 —

Filtrez et ajoutez :

	Lait de soufre.	5 grammes.

M. s. a.

Le *sublimé* est usité en solution relativement forte dans l'alcool ; on peut le prescrire, chez les sujets dont la peau est tolérante, à 1/500 et même à 1/200 ; la pommade contenant 1/20, 1/30 ou 1/40 de *calomel* peut également rendre des services ; les lotions avec la solution de *chlorhydrate d'ammoniaque*, ou même les applications de compresses de tarlatane imprégnées de ce liquide, sont d'un usage fréquent ; le titre de la solution varie de 1/1000 à 1/50 suivant le degré de tolérance.

L'*acide phénique*, en solution à 1/50 dans la *glycérine*, peut donner de bons résultats ; il en est de même de l'acide *salicylique* à 2, 3 ou 4 p. 100 dans de la vaseline ou de l'alcool.

Les proportions de principes actifs contenus dans ces diverses formules doivent être réglées suivant le mode de réaction des sujets : inoffensives ou ne déterminant qu'une légère irritation chez la plupart des malades, elles donnent lieu, chez d'autres, à des inflammations vives du tégument : on doit alors en cesser momentanément l'usage, appliquer, pendant quelques jours, soit des topiques émollients, soit une pommade à l'*oxyde de zinc*, pour revenir ensuite aux préparations actives en diminuant la dose du médicament qui en fait la base. Ces poussées phlegmasiques peuvent être utiles et suivies d'une amélioration manifeste et durable.

Il est un mode d'emploi du soufre qui nous a paru souvent rendre de réels services : ce sont des pulvérisations pratiquées avec un appareil automatique à vapeur ; on peut employer, soit une *eau des Pyrénées*, soit l'eau d'*Uriage*, ou d'*Aix* en Savoie ; une cure sur place peut être alors conseillée : nous avons vu ce traitement amener en quelques semaines la disparition presque complète d'une acné avec couperose des plus intenses, alors que cette affection avait résisté pendant des années à des traitements successifs par des scarifications et différentes cures hydro-minérales. Il semble que le médicament ainsi projeté pénètre plus intimement dans le tégument et agisse ainsi plus énergiquement sur les éléments nocifs qu'il contient.

Les *scarifications* constituent cependant un de nos meilleurs moyens d'action sur toutes les formes d'acnés qui s'accompagnent de dilatation vasculaire et, par conséquent, au premier chef, sur la *couperose :* elles doivent de préférence être pratiquées avec l'instrument de Vidal modifié très avantageusement par H. Fournier : on peut leur reprocher d'entraîner parfois, chez des sujets prédisposés, la production de petites cicatrices qui, bien que très peu apparentes, modifient sensiblement, en raison de leur multiplicité, l'aspect du tégument.

Il faut rapprocher de cette médication les *cautérisations* ponctuées pratiquées, soit avec le galvano-cautère, soit avec le thermo-cautère.

2° Acnés hypertrophiques.

L'*intervention chirurgicale* y est indiquée; la décortication du nez, qui en est le siège le plus habituel, peut modifier de la manière la plus satisfaisante l'état des sujets atteints de cette affection : le musée de Saint-Louis en renferme de remarquables spécimens.

3° Acnés nécrotiques.

L'indication causale se confond ici avec l'indication fournie par la lésion, car il s'agit, suivant toute vraisemblance, d'une maladie parasitaire; ce fait, conformément à la remarque de Besnier et Doyon, ressort en toute évidence de l'action rapidement curative qu'exercent sur cette affection les parasiticides : si, après avoir fait tomber les croûtes avec des cataplasmes d'amidon arrosés d'*huile phéniquée*, on applique, soit des compresses imprégnées d'une solution de *sublimé* au 5/1 000, soit des rondelles d'*emplâtre rouge au minium et au cinabre*, on en a bientôt raison; il est bien rare que l'on soit obligé d'en venir à la cautérisation ignée.

4° Acnés chéloïdiennes.

Les indications ressortent ici exclusivement de la lésion, car la nature de la prédisposition qui donne lieu à ces hyperplasies cutanées est inconnue. On peut, en combattant l'acné qui la provoque par les applications de topiques mentionnés précédemment dans le traitement de l'acné séborrhéique, en enrayer les progrès; pour la réduire, il faut le plus souvent en arriver au traitement chirurgical, soit par les *scarifications* linéaires profondes et longtemps répétées, soit par des *cautérisations ignées*, soit surtout par le procédé de Besnier et Doyon qui consiste en une *rugination* en masse après congélation avec le chlorure de méthyle ou d'éthyle; la récidive est toujours à craindre.

5° Acné pilaire cicatricielle dépilante.

Cette maladie, décrite par Besnier et Doyon, résiste, d'après ces auteurs, à tous les moyens thérapeutiques; ils conseillent cependant les antiphlogistiques locaux, les *pulvérisations sulfureuses* ou *hydrargyriques*, les *emplâtres salicylés*, *résorcinés*, *hydrargyriques*, *saturnins* et l'*épilation* réitérée.

6° Acnés cornées.

Le traitement de ces formes doit être purement *local;* les considérations qui portent à régler dans les acnés vulgaires l'évolution des matières grasses dans l'organisme ne leur sont nullement applicables; il est indiqué de ramollir d'abord les concrétions cornées par les applications de *savon noir* et d'*alcool;* il y a lieu de recourir ensuite aux applications de pommade *salicylée* à 3 ou 4 p. 100; on sait que l'acide salicylique dissocie les concrétions cornées. Dans la forme en aires, on prescrira simultanément les parasiticides tels que le *soufre*

(à 8 ou 10 p. 100), le *naphtol*, l'*ichthyol* (à 30 p. 100), la *résorcine* (de 2 à 10 p. 100) ou le *sublimé* en solution au cinq-millième ; les préparations précédentes peuvent être employées sous forme de pansements ou d'emplâtres. Hardy prescrivait avec avantage une pommade renfermant 1/120 de *biiodure de mercure*.

7° Acnés toxiques ptomaïniques et des cachectiques.

Leur traitement local consiste surtout dans l'emploi des antiseptiques tels que l'*huile phéniquée*, l'*emplâtre rouge*, les pommades à l'*ichthyol*, au *salol*, etc.

8° Dermatite papulo-tuberculeuse agminée de la face.

On la guérit radicalement en quelques semaines par les *cautérisations ignées*.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DU MOLLUSCUM

PAR

P. AUBERT

Chirurgien de l'Antiquaille.

Sous le nom de molluscum on désigne deux affections cutanées absolument différentes : la première, fibrome molluscum, nævus molluscoïde, se rattache au groupe des tumeurs congénitales et des nævi : la deuxième, molluscum contagiosum, au groupe des affections parasitaires et contagieuses.

I

Molluscum vrai, molluscum fibreux.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Ce molluscum se présente sous forme de tumeurs cutanées de nombre et de volume variables. On a publié des observations de malades couverts de centaines et même de milliers de ces tumeurs, au point de devenir un objet de répulsion. Le volume varie de celui d'un grain de mil à celui d'une tête d'adulte. Certaines formes diffuses, à implantations larges, résultant de la fusion de tumeurs voisines, peuvent former ces énormes replis cutanés du poids de plusieurs livres, auxquels on a donné le nom de *dermatolysis*. La forme est

ronde, ovoïde, en poire. Ces tumeurs peuvent évoluer, augmenter ou diminuer de volume, mais, sauf exception rare, très lentement. Taylor a observé et décrit cette évolution : le début par un soulèvement du tégument, la sensation de mollesse donnant ensuite, si on appuie un peu, comme la perception d'un trou dans le derme. Plus tard, il se produit des adhérences avec le derme, de telle sorte que la tumeur semble faire corps avec lui. Ces tumeurs, en augmentant de volume, peuvent rester sessiles ou se pédiculiser (molluscum pendulum), parfois rétrocéder, soit en masse, soit en laissant un petit sac de peau vide et flétrie. Les *acrochordons* qu'on voit surtout aux paupières ont cette origine.

Dans les types circonscrits, les tumeurs sont en petit nombre, parfois uniques, et tendent plus volontiers à grossir et à se pédiculiser; leur consistance rappelle celle d'une mamelle flétrie (Brocq); un de leurs sièges de prédilection est aux grandes lèvres.

Ces tumeurs peuvent subir diverses altérations pathologiques bien décrites par Lerefait et Chambard, et tourner au néoplasme

La structure consiste en tissu conjonctif fibrillaire, plus ou moins lâche, avec développement variable et parfois considérable de vaisseaux lymphatiques et sanguins.

Le molluscum peut se rencontrer chez plusieurs membres d'une même famille; il s'associe fréquemment avec d'autres formes de nævi. Recklinghausen les a rattachés aux névromes.

B. — TRAITEMENT

Le traitement est purement *chirurgical*. Les circonstances qui légitiment l'opération, ou même la rendent nécessaire, sont la gêne causée par le volume ou le siège de la tumeur, les poussées inflammatoires récidivantes, les ulcérations et par-dessus tout la dégénérescence cancéreuse.

Depuis l'antisepsie, l'écrasement linéaire et la ligature

s'emploient à peine, et c'est au bistouri ou aux ciseaux qu'il faut recourir avec suture immédiate après l'ablation.

II

Molluscum contagiosum.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Depuis la description de Batemann qui constata le premier fait sur une nourrice contagionnée par un enfant dont les deux frères, atteints également, tenaient leur mal d'une autre nourrice, on donne ce nom à une affection cutanée fréquente, consistant en une petite tumeur globuleuse rappelant par sa demi-translucidité et son ombilic central un bouton de variole ou de vaccine incomplètement développé. Par la pression, on fait sortir un petit corpuscule blanc laiteux, solide, difficile à écraser. Il est des molluscum miliaires très petits; leur volume habituel est celui d'une lentille. Exceptionnellement, ils peuvent devenir le siège de phénomènes inflammatoires, le fait de Batemann en est un exemple; j'en ai vu dans ce cas prendre l'aspect de véritables furoncles.

La face et les parties génitales sont leur siège le plus habituel, mais on peut les rencontrer partout. Barthélemy a insisté sur leur fréquence et leur état parfois confluent chez les prostituées où ils peuvent être une cause d'erreur de diagnostic. Les auteurs (Devergie, Bazin) qui ont donné à ces petites tumeurs le nom d'acné tuberculoïde, varioliforme, n'ont pas été bien inspirés, car les recherches histologiques de Renaut (1880) et celles de Neisser (1889) ont démontré qu'il s'agit d'une tumeur épithéliale provenant d'une dégénérescence des cellules de la couche de Malpighi. De là le nom d'épithéliome contagieux de Neisser.

La notion de contagion se base sur des faits de petites épidémies de famille ou de pensionnats, de transmission d'enfant à nourrice, sur la fréquence aux organes génitaux et chez

les prostituées, sur quelques faits expérimentaux positifs contre un grand nombre de négatifs. Les cultures n'ont donné aucun résultat. La recherche des organismes a fait constater la présence de petits corpuscules ovoïdes fortement réfringents, rattachés par les uns aux sporozoaires, par d'autres à un mode de dégénérescence des cellules. De tout cela ce sont les faits cliniques qui sont le plus probants.

B. — TRAITEMENT

L'incision au bistouri ou avec des ciseaux doit être presque toujours proscrite. Le traitement que j'ai toujours vu employer et employé consiste dans l'*expression avec les ongles* de la petite tumeur centrale, sans la faire suivre d'aucune cautérisation. Quelques cliniciens y ajoutent volontiers une gouttelette de *teinture d'iode* ou une pointe de *nitrate d'argent*.

Pour les formes enflammées et furonculoïdes, la *curette* est utile; elle devient presque nécessaire dans les formes agglomérées de la vulve. De légères lotions antiseptiques ou quelque pommade simple suffisent ensuite.

La nature contagieuse de la maladie doit, malgré sa bénignité, faire prendre quelques précautions dans les pensions et les crèches; Barthélemy a même proposé de ranger au nombre des maladies vénériennes les localisations vulvaires chez les prostituées.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE ET DE L'ANTHRAX

PAR

ALBERT ROBIN
De l'Académie de médecine.

ET

E. LEREDDE
Chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Entre le furoncle, inflammation limitée à un seul appareil pilo-sébacé, et l'anthrax qui en atteint plusieurs, il n'existe d'autre différence que celle d'une plus grande extension du processus morbide. Leur pathogénie, que nous étudierons d'abord, est semblable. Elle nous permettra, dans la suite de cet article, d'indiquer la prophylaxie, comment on prévient l'apparition des lésions furonculeuses, comment on empêche leur *prolifération sur place* (*anthrax*) *ou à distance* (*furonculose*).

Aujourd'hui, les dermatologistes n'admettent plus l'existence du furoncle en dehors des appareils pilo-sébacés. Les microbiologistes ont reconnu qu'il était toujours dû au *staphylocoque doré*. L'étude de lésions inflammatoires, aiguës, nodulaires, se terminant par l'expulsion d'un bourbillon, produites par ce microbe et siégeant autour des glandes sudoripares ou même en dehors de toute glande cutanée, est entièrement à reprendre; leur existence paraît douteuse.

Il y a peu de temps qu'on est arrivé à une définition aussi précise du furoncle. Elle restait purement clinique jusqu'au jour où Richet affirma et prouva son siège anatomique réel; avant lui, Dupuytren le rattachait à une inflammation limitée du tissu cellulo-adipeux, et Gendrin en faisait un hygroma enflammé.

Longtemps, en somme, l'attention s'était portée surtout sur les caractères objectifs du furoncle, et les chirurgiens qui avaient à le soigner se préoccupaient peu des conditions générales dans lesquelles il peut apparaître. Mais Prout, Marchal de Calvi remarquèrent la fréquence de l'affection au cours du diabète, et en France surtout, on rechercha ses rapports avec l'état diathésique des malades.

Pasteur, en 1880, découvrit l'origine microbienne du furoncle; il en caractérisa la cause morbide. Depuis, de nombreux travaux, dont on trouvera l'indication dans l'intéressant article de J.-L. Faure[1], ont précisé les détails; aujourd'hui l'étude du furoncle, de la furonculose et de l'anthrax est fort avancée. Nous n'insisterons pas davantage sur le côté bibliographique de la question.

En réalité, le furoncle est une lésion microbienne, due à des causes locales, autorisée et favorisée par des causes générales.

II

Pathogénie.

A. — CONDITIONS LOCALES

Le staphylocoque sous toutes ses formes, mais surtout sous celle du *staphylococcus albus*, est excessivement répandu à la surface de la peau. *Il est le parasite normal de celle-ci* comme le streptocoque celui de la muqueuse buccale. Il séjourne dans les couches cornées superficielles et pénètre dans les ouvertures

1. J.-L. Faure. — *Traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet.*

naturelles ou artificielles du tégument. Beaucoup de lésions cutanées lui sont dues, l'impétigo, beaucoup d'ecthymas, des abcès intra et sous-dermiques, le panaris par exemple. Normalement, il s'étend à la surface des poils follets, séparé du derme vasculaire par une moindre épaisseur de cellules épithéliales qu'à la surface de l'épiderme. Il pénètre aisément dans l'intérieur des glandes sébacées, *lorsque leur fonctionnement est gêné* par une cause quelconque, telle la saleté de la surface, dans les professions à poussière, entre autres. Des furoncles s'observent assez souvent chez les ouvriers tels que les charbonniers, les mineurs, les mécaniciens.

La pénétration microbienne dans le derme est nécessaire à la formation du nodule furonculeux, mais elle est rarement due à l'ouverture directe de la peau et trans-épidermique d'emblée. *En général, elle se fait peu à peu.* Les cellules du corps muqueux offrent une résistance normale à la progression des microbes; les filaments inter-épithéliaux les arrêtent, et facilement des cellules leucocytaires émigrent dans l'épiderme pour lutter contre l'élément parasitaire. Mais si la peau est lésée, celui-ci pénétrera plus aisément; des *traumatismes répétés*, même très faibles, agissent dans ce sens; citons les *frottements* exercés sur la nuque par le col empesé des chemises (le furoncle de cette région est des plus rares chez la femme), et encore *les furoncles du siège chez les cavaliers*, surtout au début de leur entraînement.

C'est ici le lieu de signaler *l'action du prurit et des grattages* qu'il provoque. Ceux-ci modifient la résistance de l'épiderme et sont surtout à redouter lorsqu'il existe une affection pustuleuse qui fournit des germes *virulents*, par exemple la gale. Suivant Unna, il y aurait toujours une pustulation, une impétiginisation au début du furoncle; cependant l'étude clinique ne confirme pas une assertion aussi absolue.

Le furoncle formé, la genèse de furoncles nouveaux est fréquente. L'*auto-inoculabilité* est prouvée : le furoncle se sème avec la plus grande facilité. A distance du premier, non de suite, mais au moment surtout de la suppuration, appa-

raissent un second, un troisième, puis la multiplication devient rapide. Et ceci met en évidence un fait sur lequel on n'a pas assez insisté en général, *le rôle de la virulence du microbe*. Celui-ci existe à l'état saprophytique sur la peau; sa pénétration doit être des plus communes, mais elle s'arrête au premier obstacle, par la plus légère phagocytose. Dès que sa virulence est augmentée, comme dans le furoncle, où on le rencontre toujours sous forme d'aureus et non d'albus, il détermine des lésions semblables à la première, dominant, si l'on peut parler ainsi, la résistance normale de la peau normale.

Certaines conditions locales extérieures peuvent encore favoriser l'augmentation de vitalité et de virulence; signalons *certains moyens thérapeutiques* qu'il faut résolument abandonner aujourd'hui, entre autres, les cataplasmes. Ceux-ci font macérer la peau, facilitent la pénétration des parasites; la germination des microbes augmente à la température qu'ils entretiennent et dans le milieu humide qu'ils déterminent. De même, *certains antiseptiques* sont dangereux parfois; ainsi, l'acide phénique ou le sublimé à doses trop élevées; s'ils agissent sur les microbes, ils agissent non moins sur les tissus et peuvent, bien que ce fait semble paradoxal à ceux qui ignorent la pratique dermatologique, provoquer de nouveaux furoncles en altérant profondément l'épiderme.

B. — CONDITIONS GÉNÉRALES

Nous résumons la discussion précédente en affirmant la pénétration lente et fréquente du staphylocoque, favorisée par certaines conditions qui agissent sur la peau, selon nous bien plus en diminuant la résistance *vitale* des tissus que leur résistance *physique*. Que ces conditions manquent, et la formation du furoncle pourra encore se faire, si la résistance du milieu est modifiée par des conditions internes, permettant l'augmentation de virulence d'abord relative, puis absolue, du microbe. Alors même, l'affection offrira une tendance

anormale à la diffusion, à la pénétration; on pourra presque parler d'une maladie et l'appeler furonculose.

Ces troubles du milieu intérieur sont loin d'être analysés. Il faudra sans doute longtemps avant que la science les ait définis, ici comme ailleurs, quelque ardeur qu'elle mette à leur recherche.

Mais on peut appliquer au furoncle et à l'anthrax, infections staphylococciques localisées, cette loi bactériologique : l'exaltation de la virulence des saprophytes au cours d'infections dues à d'autres microbes. Ainsi en est-il dans *la convalescence de la fièvre typhoïde* en particulier, surtout dans les cas graves où la dépression est profonde : le corps, surtout le dos et le siège, exposés par la pression qu'ils subissent dans le décubitus, peuvent se couvrir de furoncles; ceux-ci sont parfois le point de départ d'eschares.

Les individus paraissant en bonne santé et qui sont sujets à la furonculose sont en général des *dyspeptiques intestinaux*, sujets à la constipation, atteints d'hémorroïdes; souvent ce sont des obèses, mais peut-être faut-il alors accuser le *fonctionnement irrégulier des glandes sébacées*, les préparant à l'infection, et c'est ainsi qu'on peut expliquer la furonculose de la nuque, plus fréquente chez les adolescents, à l'âge où on observe surtout l'acné faciale.

Mais, chez des sujets un peu plus âgés, la furonculose persistante doit éveiller une crainte, celle *du diabète;* elle en est un des signes révélateurs les plus connus. C'est surtout dans le diabète des arthritiques que le fait s'observe, et de préférence à une période où la glycosurie est encore peu marquée, où la polyphagie et la polydipsie sont modérées. On a cité des cas où la glycosurie diminue au cours d'une éruption de furoncles, mais les observations sont un peu anciennes et méritent d'être contrôlées.

Comment expliquer la furonculose des diabétiques? Faut-il, avec Bujwid, admettre que *la virulence du staphylocoque augmente dans les milieux sucrés?* C'est peut-être là un élément de la question. Le fait cependant est mis en doute par d'autres

bactériologistes. Les *troubles intestinaux* si fréquents chez les sujets diabétiques, les *fermentations gastriques*, la *stase hépatique* doivent entrer en jeu; il faut en tenir compte au point de vue thérapeutique, si l'on veut supprimer les accidents cutanés.

La furonculose a été signalée encore chez les *albuminuriques*, au cours du *diabète azoturique*, assez fréquemment pour qu'on ne puisse parler de coïncidence. Peut-être survient-elle alors comme dans les cachexies, quelle qu'en soit la nature, où l'organisme ne résiste plus aux infections microbiennes les plus bénignes normalement.

Les conditions déterminantes de l'anthrax sont peu connues. Son étiologie est exactement la même que celle du furoncle et de la furonculose. L'augmentation de virulence et de vitalité du staphylocoque amène l'extension de l'inflammation locale; elle atteint un grand nombre d'appareils pilo-sébacés Toutes les causes qui diminuent la résistance de l'organisme au staphylocoque, toutes celles que nous avons signalées, favorisent la production de l'anthrax.

Telle est la dissémination du staphylocoque à la surface de la peau, qu'on est frappé de la rareté, non du furoncle, mais de la furonculose; non moins remarquable est la rareté de l'*infection générale* au cours de celle-ci. Elle ne survient guère que chez les individus extrêmement affaiblis : les typhoïdiques, etc. Du reste, l'infection staphylococcique n'a pas souvent des furoncles pour origine, et si la porte d'entrée est en général la peau, il n'y a pas souvent de réaction inflammatoire nette au point d'inoculation, comme il est de règle dans beaucoup d'infections, où l'intensité de l'infection générale est en raison inverse de l'intensité de la lésion locale.

Des conditions régionales bien étudiées par les chirurgiens expliquent certaines complications rares (phlébite dans les furoncles de la face) que nous n'étudierons pas ici.

Par tout ce qui précède, on voit combien d'éléments complexes entrent dans la pathogénie du furoncle, et on peut soupçonner combien encore restent ignorés. La connaissance de

ces éléments nous permet d'aborder la thérapeutique de l'affection.

III

Traitement.

A. — TRAITEMENT DU DÉBUT

Chez les sujets exposés aux furoncles, le diagnostic peut être porté avant que le nodule inflammatoire soit volumineux, au moment où la lésion se traduit surtout par une *gêne*, une *tension*, où il existe *peu de rougeur*. On peut essayer alors de *faire avorter* le furoncle, et de nombreux procédés ont été recommandés, *nitrate d'argent*, *solutions antiseptiques fortes*, *teinture d'iode*.

Quel que soit le procédé employé, il est essentiel, pour favoriser l'action du topique, *de nettoyer, de dégraisser la peau*. C'est du reste une précaution qu'il faut prendre aussi lorsqu'on a affaire à un furoncle à la période d'état. L'antisepsie cutanée n'est possible qu'à cette condition.

La peau sera rasée à distance du furoncle. Au besoin (chez les individus à système pileux abondant) on pratiquera l'épilation. Puis on fera un savonnage prolongé et on lavera la région à l'eau, puis à l'alcool et à l'éther.

A notre avis, la *teinture d'iode* est de tous les procédés employés le meilleur; c'est du reste le moyen appliqué habituellement par les malades, parce qu'il est le plus simple et qu'il n'exige pas d'appareil de contention comme un pansement. Il faut toucher à plusieurs reprises le ou les points malades. Mais ce traitement doit être précoce; si les applications iodées sont tardives, la douleur, l'inflammation sont exagérées.

Ce moyen n'empêchera pas, si on le désire, d'appliquer la méthode de Vidal et Brocq qui recouvrent le furoncle d'un pansement *à l'acide borique en solution saturée dans l'alcool absolu*.

Un procédé excellent est la *cautérisation profonde* du furoncle, à cette période initiale; c'est une méthode un peu cruelle, mais plus sûre que toute autre; il faut la pratiquer de préférence avec le galvano-cautère, qui produit des brûlures plus limitées et laisse de moindres cicatrices.

La propagation des furoncles sur le corps, à la période initiale comme plus tard, doit être évitée par le traitement général que nous exposerons dans la suite, et des soins de propreté minutieux de la peau. Brocq recommande les *bains sulfureux* et les lavages du corps avec l'*alcool camphré*. Le corps sera couvert de toile et non de laine.

B. — TRAITEMENT A LA PÉRIODE D'ÉTAT

Il existe des furoncles peu douloureux ne dépassant guère le volume d'un pois : on peut attendre leur ouverture naturelle en se contentant de hâter la maturation et de prévenir leur transformation en nodules plus gros et plus douloureux. C'est alors que les *pulvérisations antiseptiques tièdes* sont indiquées, si les furoncles sont assez nombreux pour justifier leur emploi.

On les pratiquera en se servant *d'eau phéniquée* à 1 p. 100, de préférence. Elles seront répétées quatre fois par jour. Pour la face, on se servira *d'eau boriquée*.

Dans l'intervalle des pulvérisations, on recouvrira les lésions de *compresses trempées dans une solution antiseptique faible*, soit de *sublimé* à 1 p. 4000, et recouvertes d'un tissu imperméable, par exemple de taffetas gommé. On pourra se servir de solutions un peu chaudes de 40 à 45° et avoir ainsi les avantages du cataplasme, chaleur et humidité, sans les inconvénients qui obligent, avons-nous dit, à en rejeter complètement l'usage.

Mais parfois le furoncle a une marche envahissante; il est douloureux. *Il faut alors l'ouvrir le plus tôt possible;* on évitera ainsi des douleurs nouvelles, la formation d'anthrax. Il ne faut pas oublier que tout furoncle laisse une cicatrice

s'il est volumineux et si, par suite, son ouverture naturelle est large. L'incision peut se faire d'un trait de bistouri ou être cruciale : elle doit, pour être suffisante, intéresser la plus grande partie du furoncle, en largeur et en profondeur. Le galvano-cautère, le thermo-cautère, en ayant soin de n'employer que la pointe la plus fine, peuvent remplacer le bistouri.

Ces opérations seront précédées d'une *injection de cocaïne* à 1/25, ou d'une *injection de gaïacol*, suivant la méthode de Lucas-Championnière, injection de cinq à dix centigrammes de gaïacol en solution au vingtième dans l'huile d'olives pure, stérilisée, ou d'une *application locale de chlorure d'éthyle;* en l'absence d'anesthésie, elles sont fort pénibles.

C. — TRAITEMENT APRÈS OUVERTURE

La guérison ne peut s'opérer qu'après l'évacuation totale du bourbillon : *il faut lui frayer une issue suffisante*, sans attendre la liquéfaction toujours très lente des produits nécrosés. Il conviendra d'agrandir l'ouverture naturelle si elle est petite. Dans les furoncles peu douloureux et où le bourbillon est complètement formé, la pression à la base du nodule a été recommandée : parfois elle est l'origine d'une poussée inflammatoire nouvelle.

L'expulsion des produits inflammatoires est facilitée par plusieurs procédés thérapeutiques. C'est alors, que l'ouverture soit naturelle ou chirurgicale, que les *pulvérisations prolongées* rendent les plus grands services. On les fera ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, tièdes, d'une demi-heure chaque fois, quatre fois par jour, en se servant d'*eau phéniquée* à 1 p. 100. Beaucoup de chirurgiens emploient même une solution à 2 p. 100. Dans l'intervalle des pulvérisations, *pansement au sublimé* (1 p. 4000), *à l'eau phéniquée* (1 p. 100). On emploiera l'*acide borique* pour les pulvérisations sur la face et les pansements, et non les antiseptiques précédents qui pénètrent à la surface de la conjonctive et sur les muqueuses, et les irritent.

Il est utile même de pénétrer dans la cavité du furoncle et l'un de nous (Albert Robin) recommande d'y introduire une pâte dont la formule est la suivante :

℞ Soufre sublimé.	10 grammes.
Camphre pulvérisé.	10 —
Glycérine.	Q. s.

M. s. a. pour faire une pâte demi-liquide.

Cette pâte pourra avec avantage remplacer les pansements humides; on l'appliquera à la surface de petites compresses dont on recouvrira le ou les furoncles. Elle est parfaitement antiseptique.

Les *emplâtres* sont aujourd'hui un peu délaissés dans le pansement du furoncle. C'est peut-être à tort, et ils peuvent servir à couvrir des furoncles peu volumineux et peu douloureux, lorsque la plaie est tout à fait détergée. Mais il ne faut se servir que des emplâtres dans le genre de ceux qu'emploie Unna et que fabriquent certains pharmaciens à Paris. L'*emplâtre de Vigo* est utile, s'il est suffisamment souple, non cassant, peu épais; il faut avoir le soin de n'en appliquer qu'une petite rondelle, à peine plus grande que le furoncle. On a ainsi l'avantage de ne pas prolonger outre mesure un pansement gênant, et de prévenir l'auto-inoculation. Du reste, l'emplâtre sera renouvelé le plus souvent possible et on aura soin, avant de l'appliquer, de pratiquer chaque fois le dégraissage de la peau ainsi que nous l'avons indiqué.

D. — TRAITEMENT DE L'ANTHRAX

Le traitement de l'anthrax est fondé sur les mêmes règles que celui du furoncle, mais la thérapeutique médicale a ici beaucoup moins de valeur. Les applications de teinture d'iode, au début, peuvent être essayées, mais elles ont peu de succès. Dans les anthrax limités, on pourra attendre l'ouverture naturelle, et appliquer des *pansements phéniqués permanents*, faire des *pulvérisations antiseptiques* répétées. En général *l'incision*

sera nécessaire, et nous n'avons pas à insister sur une technique d'ordre chirurgical.

Elle devra être large, permettre l'évacuation totale des foyers nécrosés. Le pansement sera ensuite fait comme celui du furoncle et les pulvérisations continuées.

E. — TRAITEMENT DE LA FURONCULOSE

Dès qu'un malade présente des furoncles répétés, il faut se préoccuper des causes qui les produisent. Parfois l'auto-inoculation est seule en jeu; le traitement que nous avons indiqué suffit à la prévenir.

Une propreté minutieuse est nécessaire; on ordonnera des bains répétés, surtout *des bains alcalins*, qui dégraissent mieux la peau. Le gilet de flanelle, maintenant la sueur à la surface de celle-ci, favorise les inoculations; il faudra protéger l'épiderme par un gilet de toile mince, placé au-dessous de la flanelle.

Ces mêmes précautions sont utiles lorsqu'il existe un trouble viscéral, et on doit toujours le rechercher.

L'analyse des urines s'impose. Si le malade est diabétique, le traitement que l'un de nous a exposé (V. Fascicule I) prévient le retour des furoncles.

Souvent les altérations de la santé générale restent vagues. *C'est particulièrement l'état du tube digestif qu'il conviendra d'étudier.*

L'antisepsie intestinale est recommandée par certains auteurs dans tous les cas; on donne chaque soir trois des paquets suivants :

℞ Naphtol.	
Magnésie anglaise.	ää 25 centigrammes.
Salicylate de bismuth.	

Pour un paquet.

Mais cette méthode n'a pas donné tous les résultats qu'on en attendait en se fondant sur des faits expérimentaux contestables. Pour nous, les meilleurs antiseptiques intestinaux sont

les *purgatifs*. Il est préférable de les employer à petites doses répétées, continuées pendant quelque temps.

Les *grands lavements intestinaux froids* (un ou deux litres par jour) seront utiles dans les cas de constipation liée à la parésie du gros intestin, surtout chez les obèses.

On pourra y adjoindre l'emploi des cachets suivants :

℞ Soufre sublimé	0gr,10
Camphre pulvérisé.	0gr,02

Pour un cachet. — Trois par jour.

S'il existe des *troubles dyspeptiques d'origine gastrique*, il faudra les atténuer aussi largement que le permettent les moyens actuels. (V. Traitement de la dyspepsie.)

L'*hygiène du furonculeux* devra dans les cas rebelles être des plus sévères. On réduira l'alimentation à la quantité nécessaire; tous les corps gras seront interdits ainsi que certains aliments, tels que fromages, charcuterie, moules, poissons, fraises, etc. Le vin rouge sera supprimé, remplacé par le vin blanc et même, si le malade s'y prête, par l'*eau de goudron*.

Gingeot conseille l'usage des *eaux sulfureuses*, ou de la préparation suivante :

℞ Hyposulfite de soude.	36 grammes.
Eau distillée	300 —

Trois cuillerées à café par jour.

L'emploi des eaux minérales est réglé par le diagnostic des troubles de la santé générale qui engendrent la furonculose.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT DES TROUBLES DE SÉCRÉTION DE LA SUEUR

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Anidrose.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les troubles de fonctionnement de l'appareil sudoripare se traduisent par deux modifications en sens inverse : production en quantité exagérée ou hyperidrose, production en quantité insuffisante ou suppression totale généralement confondues sous le nom d'anidrose.

Des deux phénomènes, le premier est le mieux étudié ; la valeur du second nous est beaucoup moins connue. Celui-ci apparaît comme le compagnon habituel d'un certain nombre d'affections de la peau : ichthyose, psoriasis, eczémas chroniques, etc., ou d'états morbides graves : diabète, cancer, tuberculose ; mais la diminution de la sécrétion sudorale n'est pas toujours un état secondaire consécutif à une affection déterminée.

Quelques sujets présentent d'une façon manifeste, et sans qu'on puisse les taxer d'un état pathologique classé, une rareté extrême de la sécrétion sudorale; ce sont les sujets à peau relativement sèche, ne sachant pas transpirer: cette hypidrose (qu'on me passe le mot) paraît exercer dans quelques cas une action marquée sur la modalité des lésions cutanées dont ils sont accidentellement atteints. La valeur de l'anidrose a beaucoup moins attiré l'attention des médecins que l'hyperidrose, probablement par ce seul fait qu'elle est beaucoup moins gênante pour le patient, et nous ne sommes aucunement fixés sur sa valeur pathologique exacte.

B. — TRAITEMENT

Dans les cas où l'anidrose semble devoir être combattue, soit pour remédier à ses inconvénients, sécheresse, fendillement de la peau, soit que le médecin attache une certaine importance à favoriser les éliminations sudorales, nous possédons quelques médications actives et capables, en général, de réveiller le fonctionnement glandulaire endormi, tels les *bains de vapeur* ou d'*étuve sèche*, les *affusions froides*, les *frictions* sèches, le *massage*, les *injections de pilocarpine* à la dose de $0^{gr},01$ par injection, les infusions de *jaborandi* (2 à 4 grammes de feuilles pour un litre d'eau), l'*acétate d'ammoniaque*, etc., etc.

II

Hyperidrose.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Parmi les troubles de fonctionnement de l'appareil sudoripare, la sécrétion de la sueur en quantité excessive, l'hyperidrose constitue le plus important à connaître, si ce n'est par sa gravité, au moins par sa fréquence. L'hyperidrose se

montre au cours d'un certain nombre de maladies générales et fait partie essentielle ou habituelle de leur cortège symptomatique, telles sont les sueurs qui s'observent au cours de l'accès de fièvre palustre, dans la suette miliaire, chez les tuberculeux, etc.; telles sont les sueurs dites critiques. Il est difficile de dire d'une façon précise quand ce phénomène, présage heureux et début de la convalescence dans un certain nombre de cas, devient excessif, et à quel moment il mérite d'être modéré, réprimé, à quel moment il exige l'intervention de la thérapeutique; son histoire appartient du reste à celle des maladies au cours desquelles il s'observe, et nous n'insisterons pas ici sur ce phénomène secondaire des grandes maladies générales.

Chez de nombreux sujets, la sécrétion de la sueur atteint, à l'état habituel, une abondance excessive et gênante, alors que l'état de la santé générale est excellent et sans qu'il soit possible de découvrir à cette exagération de la sécrétion sudorale aucune cause précise et définie. C'est seulement de ces hyperidroses primitives, essentielles, que nous nous occuperons.

La sécrétion de la sueur présente dans certaines régions, à l'état normal, une odeur très développée; c'est ce qu'on observe à l'anus, aux organes génitaux, à l'aisselle. Au cours des maladies générales, il n'est pas rare de voir la sueur prendre une odeur spéciale; c'est ce qui se voit dans la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, etc.; mais il me paraît exagéré de prétendre avec certains médecins que l'odeur soit dans chaque affection assez spéciale pour qu'il soit possible de faire le diagnostic rien que par celle-ci. Chez les malades affectés d'hyperidrose essentielle, il est fréquent de voir la fétidité de la sueur se joindre à son abondance; on dit en pareil cas qu'il y a *bromidrose* en même temps qu'hyperidrose. La fétidité de la sueur paraît résulter de son altération facile en même temps que de la macération de l'épiderme dans les liquides sécrétés en excès. L'histoire de la bromidrose se trouve par le fait intimement liée à celle de l'hyperidrose; les traitements qui

conviennent à l'une sont les traitements qui conviennent à l'autre; nous confondrons donc dans un même chapitre les uns et les autres.

Les hyperidroses peuvent être généralisées ou localisées.

Les hyperidroses localisées (éphidroses) peuvent survenir sous l'influence d'une affection cataloguée du système nerveux dans le territoire d'un nerf malade, dans toute une moitié du corps (syringomyélie).

Le plus souvent l'hyperidrose s'observe chez des sujets polysarciques, arthritiques; elle a alors des sièges de prédilection : visage, cuir chevelu, aisselle, aine, pieds, mains; c'est surtout aux pieds que l'hyperidrose s'accompagne de la *production d'odeur fétide* (bromidrose, osmidrose).

B. — TRAITEMENT

1° Le *traitement interne* produit généralement peu de chose pour l'amélioration, encore moins pour la guérison des sueurs locales. La *décoction de quinquina*, le *tannin*, les préparations d'*aconit*, la poudre d'*agaric blanc* à la dose de 30 centigrammes à 2 et 3 grammes, l'*agaricine*, le *sulfate d'atropine* à la dose d'un demi à 2 milligrammes, l'*ergotine*, la *strychnine*, le *phosphate de chaux*, l'*ergot de seigle*, le *nitrate de pilocarpine* à petites doses, l'*arséniate de soude*, etc., n'ont donné tout au plus que des améliorations passagères.

Il y aura lieu de tenir grand compte de la constitution générale du malade : aux sujets nerveux, on prescrira les *bromures*, les *valérianates;* aux rhumatisants et aux goutteux, les *alcalins*, les *iodures;* aux obèses, aux grands buveurs, le *régime sec;* aux anémiques, le *fer*, le *quinquina*, le *phosphate de chaux*, etc.; aux scrofuleux, l'*huile de foie de morue;* l'*hydrothérapie* conviendra à l'immense majorité des malades; la *faradisation* compte un certain nombre de succès.

2° Les régions malades seront l'objet de soins de propreté

exceptionnels; elles seront lavées plusieurs fois par jour avec des solutions légèrement antiseptiques, aromatiques ou astringentes, *eau boriquée* à 3 pour 100, *phénosalyl* à 2 pour 1000, décoction de *feuilles de noyer*, de *roses de Provins*, d'*écorce de chêne* (15 à 20 grammes pour 500), solution de *borate de soude* ou d'*alun* au vingtième, *eau vinaigrée*, *eau blanche*, *chloral* au centième, *chlorate de potasse*, *sublimé* au millième; solution de *permanganate de potasse* au centième ou au deux-centième, solution alcoolique de *tannin :*

℞ Tannin.		1 gramme.
Alcool.	} ââ	125 —
Eau.		

Dissolvez.

On pourra employer les *savons au goudron*, au *naphtol*, à l'*acide salicylique*, à l'*acide phénique*, au *borate de soude*, au *soufre*.

Les *frictions sèches* avec un gant de crin, celles avec une flanelle imbibée d'*eau de Cologne* ou de *lavande*, d'*alcool camphré*, seront d'utiles adjuvants.

La *liqueur anti-hydrorrhéique* anglaise est ainsi composée :

℞ Butyrate de soude.	100 parties.
Acétate de soude.	100 —
Alcool à 90°.	100 —
Acide sulfurique concentré. . .	280 —

Mélangez, distillez, faites passer un courant de chlore et mettez le tout dans :

Acide chlorhydrique.	2760 parties.
Alcool.	120 —
Glycérine.	120 —

M. s. a.

On colore le mélange avec le tournesol.

Pour les sujets à peau délicate, il est nécessaire de diluer la composition avant de pratiquer les lotions.

Ceux qui aiment les formules compliquées pourront adopter celle que recommande Tschappe :

℞ Sulfate de zinc..	} ää	450 grammes.
Sulfate de fer.		
Sulfate de cuivre		150 —
Naphtol.		1gr,50
Essence de thym.		3gr,50
Acide hypophosphoreux. .		7gr,50
Eau distillée.		2500 grammes.

M. s. a.

Sera ordonnée en lotions matin et soir.

Les parties malades, surtout les plis humides, seront largement saupoudrés, de préférence avec les *poudres minérales* qui ont l'avantage de ne pas fermenter.

Les poudres les plus usitées sont les poudres d'*amidon*, de *riz*, de *craie*, d'*oxyde de zinc*, de *talc*, de *lycopode*, de *magnésie*, de *carbonate de plomb*, auxquelles on ajoutera avec avantage les poudres d'*acide salicylique* (1 à 2 pour 100), de *salicylate de bismuth* (5 à 10 pour 100), de *salicylate de soude* dans les mêmes proportions, de *naphtol* (2 à 5 pour 100), qu'on pourra, par exemple, combiner dans les proportions suivantes :

℞ Acide salicylique..	3 parties.
Amidon..	10 —
Talc pulvérisé.	87 —

M. s. a.

ou

℞ Alun pulvérisé	45 parties.
Acide salicylique	5 —

M. s. a.

La poudre médicamenteuse doit être introduite avec grand soin dans les espaces inter-digitaux et dans les différents plis de la peau.

Tenneson recommande les mélanges ci-dessous :

℞ Coaltar	5	grammes.
Plâtre.	300	—

M. s. a.

ou

℞ Fleur de soufre.	50	grammes.
Charbon végétal	100	—
Talc.	200	—

M. s. a.

ou

℞ Salicylate de bismuth. . . .	30	grammes.
Talc.	300	—

M. s. a.

3° Les hyperidroses de certaines régions comportent des indications particulières.

A. — L'*hyperidrose du cuir chevelu* est souvent suivie d'alopécie.

Chez l'homme, les cheveux seront tenus courts; ils seront savonnés tous les matins à l'eau chaude, avec un *savon au panama*, au *goudron*, ou mieux, au *savon mou de potasse;* on pratiquera ensuite une lotion avec une brosse douce imprégnée de la solution suivante :

℞ Alcoolat de Fioraventi. . . }		
Alcoolat de romarin . . . }	aa	50 grammes.
Naphtol-β	0gr,25 à 1	—

M. s. a.

Tous les alcoolats aromatiques peuvent être employés; Besnier conseille d'y ajouter de très petites quantités de naphtol-β, 0gr,25 à 1 pour 100.

Le soir, la tête sera poudrée avec une des poudres indiquées ci-dessus.

Chez la femme, le traitement est beaucoup plus difficile par suite de la nécessité de maintenir la longueur des cheveux. Le poudrage ne devra être fait que la veille des jours où il sera possible de faire un grand lavage du cuir chevelu et de

faire disparaître les traces d'un poudrage qui n'est plus dans nos mœurs courantes.

B. — Aux *aisselles*, les emmanchures des vêtements seront larges; on conseille généralement d'éviter les sous-manches imperméables en caoutchouc ou en gutta-percha.

Tenneson professe cependant que l'usage de sous-bras en toile de caoutchouc est indispensable aux femmes atteintes d'hyperidrose axillaire; ils doivent seulement être tenus très propres et changés fréquemment.

Mon savant collègue pense que, s'il était possible de réaliser une occlusion complète de l'aisselle avec le caoutchouc, l'hyperidrose se trouverait supprimée par le fait.

Matin et soir, après avoir pratiqué le lavage et le savonnage de la région, on pourra saupoudrer avec le mélange suivant recommandé par Besnier :

℞ Poudre d'amidon.			100	grammes.
Acide borique.				
Salicylate des bismuth. . .	ââ	2 à	10	—
Poudre d'iris.				

M. s. a.

C. — L'hyperidrose des *mains* ou des *pieds* contre-indique l'emploi des gants de laine ou fourrés, des bas ou des chaussettes de laine, des bottines vernies, de tous les vêtements, en un mot, capables de favoriser l'excès de sécrétion, d'empêcher l'évaporation de la sueur produite en abondance, d'irriter la peau par leur contact.

Le malade prendra fréquemment des *bains* locaux astringents, bains de pieds ou de mains additionnés de *sel marin*, de *vinaigre aromatique*, d'*acide borique*, de *tannin*, de *décoction de feuilles de noyer*, etc.; il fera des lotions astringentes et antiseptiques avec des solutions d'intensité proportionnée à la tolérance de la peau, solutions de tannin, d'*alun*, de *borate de soude*, de *vinaigre*, de *chloral*, de *permanganate de potasse*, de *sublimé*, de *naphtol*, d'*ichthyol*, d'*ammoniaque*, d'*acide acétique*, d'*acide tartrique*.

Kaposi recommande la lotion suivante :

℞ Naphtol-β.	10	grammes.
Alcool.	175	—
Eau de Cologne	25	—

M. s. a.

La nuit, le malade poudrera les régions malades; il pourra porter des gants ou des chaussettes de fil très fin pour maintenir la poudre en place.

Pendant le jour, il est bon de saupoudrer les chaussettes; Brocq recommande les mélanges suivants :

℞ Talc.	40	grammes.
Sous-nitrate de bismuth	45	—
Permanganate de potasse. . . .	3	—
Salicylate de soude.	2	—

M. s. a.

ou

℞ Poudre de riz.	60	grammes.
Talc.	5	—
Sous-nitrate de bismuth	25	—
Permanganate de potasse. . . .	10	—

M. s. a.

Dans les cas intenses, on recourra aux solutions astringentes fortes telles que :

℞ Eau.	200	grammes.
Bichromate de potasse. . .	30	—
Essence de lavande.	2	—

Dissolvez.

ou

℞ Oxyde rouge de plomb.	1	gramme.
Sous-acétate de plomb liquide. . .	20	—

M. s. a.

Répétez le badigeonnage tous les quatre ou cinq jours.

Le *perchlorure de fer* a été employé pur ou sous la forme suivante :

℞ Glycérine	10	grammes.
Perchlorure de fer liquide .	30	—
Essence de bergamote. . .	XX	gouttes.

M. s. a.

La *teinture de belladone* peut être associée à l'eau de Cologne :

℞ Eau de Cologne. . . . . 125 grammes.
Teinture de belladone. . . . . 15 —

M. s. a.

Un certain nombre de pommades ont été prônées comme exerçant une action utile.

Unna recommande la pommade à l'*ichthyol :*

℞ Ichthyol. . . . . 25 grammes.
Eau . . . . . 15 —
Lanoline. . . . . 25 —

M. s. a.

La pommade habituellement usitée dans l'armée prussienne a pour formule :

℞ Acide salicylique. . . . . 1 gramme.
Graisse de mouton. . . . . 50 —

M. s. a.

ou

℞ Ichthyol. . . . . 5 parties.
Térébenthine . . . . . 5 —
Pommade à l'oxyde de zinc. . . 20 —

M. s. a.

Wilson emploie la pommade au *goudron* et *soufre :*

℞ Pommade de goudron végétal. } ââ parties égales.
Onguent sulfureux. . . . . }

M. s. a.

Hebra et Kaposi ont recommandé le traitement suivant comme donnant de très heureux résultats : laver et sécher avec soin les pieds, les envelopper ensuite dans un morceau de toile recouvert d'une couche épaisse de l'onguent dit *onguent diachylon d'Hebra :*

℞ Litharge . . . . . 100 grammes.
Huile d'olives. . . . . 400 —

Faites chauffer à un feu doux en ajoutant peu à peu de l'eau de fontaine pour faire un onguent de consistance assez ferme; puis ajoutez :
Huile de lavande. . . . . 10 grammes.

M. s. a.

Des plumasseaux de charpie ou de coton hydrophile enduits du même onguent sont placés entre les orteils et dans les plis sous-digitaux.

Le malade peut, dans la journée, continuer à vaquer à ses occupations à la condition de porter des bas et des souliers neufs; mais il est préférable, s'il le peut, qu'il reste couché pendant la durée du traitement.

Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures; la couche de pommade appliquée la veille est enlevée, avant un nouveau pansement, par une friction faite à sec et non par un lavage.

Le traitement dure de dix à quinze jours. Alors on se contente de poudrer les pieds avec une poudre astringente et antiseptique, tout en continuant à éviter les lotions. Après quelques jours, l'épiderme se détache sous forme de lambeaux épais, jaunâtres, à aspect de parchemin : la peau apparaît recouverte d'un épiderme mince et blanchâtre; alors seulement on doit recommencer à laver les pieds. Si la guérison ou une amélioration suffisante n'ont pas été obtenues, il est bon de recommencer immédiatement le traitement dans son entier.

Unna attache une grande importance à l'état de la circulation périphérique : aux sujets qui ont les mains et les pieds habituellement froids, il ordonne des *pédiluves* chauds additionnés de substances excitantes, *esprit de camphre*, *moutarde*, *vinaigre*.

Le matin, les pieds sont frictionnés avec de l'*eau glacée* et les bas sont saupoudrés avec un mélange de poudre d'amidon et de poudre de moutarde.

Le professeur de Hambourg recommande encore, comme très actifs et amenant le resserrement des pores de la peau, les préparations d'*ichthyol*, solutions alcooliques, pommades, savons, les frictions avec la pommade suivante :

℞ Ichthyol.	} aâ	5 parties.
Térébenthine.		
Pommade à l'oxyde de zinc		20 —

M. s. a.

Aux malades chez qui la circulation périphérique est active, dont les pieds et les mains sont chauds, Unna ordonne chaque soir des bains tièdes simples, puis il fait des onctions avec

℞ Ichthyol.	}	ââ 50 grammes.
Eau.		
Lanoline.		20 —

M. s. a.

Le matin, on lave les pieds à l'eau tiède et au savon très gras à l'ichthyol; on sèche en laissant un peu de mousse. Les bains alcalins auraient l'inconvénient de trop ramollir l'épiderme. Unna repousse l'emploi du tannin.

Stewart lave les parties malades à l'eau chaude, les fait tremper pendant quelques minutes dans une solution de *permanganate de potasse*, les sèche avec soin et les enferme dans des bandelettes d'*emplâtre de céruse* exactement appliquées; le pansement est renouvelé toutes les douze heures pendant une quinzaine de jours.

On graduera les traitements suivant l'intensité et la résistance des accidents, on commencera par les lotions, les savonnages, les bains astringents et légèrement antiseptiques; on poudre les parties malades, de préférence avec les poudres minérales; on poudrera s'il le faut les vêtements; ce n'est que chez les malades dont l'affection résistera à ces traitements plus simples qu'il y aura lieu d'attaquer l'épiderme par les moyens violents,

III

Sudamina. — Miliaire.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

A la suite de quelques hyperidroses, une plus ou moins grande étendue de la surface du corps se recouvre de vésicules

extrêmement petites, transparentes, remplies d'un liquide clair comme de l'eau de roche; la peau sur laquelle ces vésicules reposent conserve sa couleur normale : ce sont les *sudamina*. Dans d'autres cas, les petites vésicules reposent sur une base congestionnée, sont entourées d'une auréole rouge, ce sont les éruptions dites *miliaires*. Ces éruptions occupent de préférence l'abdomen, la poitrine, les parties latérales du tronc, le cou et les bras; en quelques jours, leur réparation est accomplie.

B. — TRAITEMENT

Ce ne sont donc pas affections graves, et les traitements qu'on leur oppose ont surtout pour but de prévenir les quelques sensations pénibles, cuisson, démangeaisons, qui peuvent accompagner leur apparition, de prévenir l'excoriation et l'inflammation secondaire. Les parties du corps atteintes seront saupoudrées avec des *poudres* inertes, *talc*, *oxyde de zinc*, *magnésie*, *carbonate de bismuth*, *amidon*, *poudre de riz*, *lycopode*. Quand la miliaire s'accompagnera d'une congestion vive de la peau, on recourra aux applications émollientes de *décoction de racine de guimauve*, de *camomille*, d'*eau amidonnée*, aux *bains émollients* qu'on fera suivre de l'emploi d'une des poudres inertes mentionnées ci-dessus.

IV

Dysidrose.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La dysidrose, généralement considérée comme due à une perturbation du fonctionnement des glandes sudoripares, a pour siège habituel les mains et les pieds; la face et le cou peuvent en être atteints.

Dans le point où l'éruption doit se produire, des déman-

geaisons et des fourmillements très agaçants se font sentir. Bientôt l'éruption fait son apparition; elle consiste en quelques granulations globuleuses profondément enchâssées dans le derme ou en vésicules remplies d'un liquide de transparence parfaite; celles-ci sont isolées ou confluentes et peuvent arriver à former des décollements épidermiques étendus. La terminaison se fait ordinairement par une desquamation formée de squames arrondies correspondant aux vésicules. A la paume des mains et à la plante des pieds, de larges lambeaux épidermiques peuvent être détachés.

Une poussée de dysidrose n'est pas en elle-même une affection grave; c'est un accident aigu destiné à disparaître spontanément en quelques jours. La maladie est surtout pénible par ses répétitions.

Les conditions qui favorisent la production de la dysidrose sont celles qui favorisent la production de la sueur; saisons chaudes, professions entraînant la sudation; les sujets dysidrosiques sont souvent manifestement lymphatiques ou arthritiques.

B. — TRAITEMENT

Il y aura lieu d'atténuer les inconvénients des poussées dysidrosiques par les applications émollientes, compresses de tarlatane imbibées d'*eau amidonnée*, de *décoction de guimauve*, de *sureau*, *bains de son* ou d'*amidon*, *bains alcalins*. Après la sédation des accidents aigus, on poudrera les parties malades avec les *poudres de talc*, d'*oxyde de zinc*, etc.

Pour prévenir le retour des crises morbides, on attaquera par un traitement général le lymphatisme, l'arthritisme; on conseillera les médications susceptibles de diminuer les sueurs : *atropine*, *quinine*, préparations d'*ergot de seigle*, etc., *hydrothérapie*. On a vu le malade retirer avantage des bains astringents locaux ou généraux.

V

Chromidroses.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les chromidroses sont caractérisées par l'élimination de sueurs colorées; parmi elles, les *sueurs bleues* tiennent la première place comme fréquence. Ces sueurs s'observent surtout chez les sujets nerveux, chez les hystériques, et il y a toujours à se méfier d'une simulation plus ou moins ingénieuse : cependant un certain nombre d'observations paraissent ne pas devoir être attribuées à la supercherie et relever d'un trouble réel et naturel de la sécrétion sudorale; de ce nombre me paraît être celle d'une jeune fille, clouée au lit par des rhumatismes, chez qui je pus observer pendant quelques jours la production d'une sueur bleue au niveau du cou, sans que j'aie jamais pu découvrir aucune cause extérieure à la coloration du liquide. Il n'y a pas à proprement parler de traitement de la chromidrose; la première chose à faire est de s'assurer qu'on n'est pas en présence d'une supercherie; quand la chose aura été établie, on pourra recourir au traitement bénin de l'hyperidrose.

Les sueurs rouges, l'*érythridrose*, occupe une place à part; elle s'observe surtout chez les hyperidrosiques, dans la région axillaire, chez les sujets qui ont les poils rouges ou très blonds; elle s'accompagne de prurit plus ou moins vif. On trouve appendus aux poils des grains colorés qui leur donnent un aspect moniliforme : le microscope révèle la présence de l'érythro-micrococcus. Avec un peu d'attention, il est facile de distinguer cette érythrodermie primitive des érythrodermies secondaires dues à la coloration accidentelle de la sueur par les teintures des vêtements altérées à son contact.

B. — TRAITEMENT

Le traitement palliatif consistera en *bains* et *lotions alcalines*, en applications de poudre de *talc* ou d'*oxyde de zinc;* le

traitement curatif consistera en lotions parasiticides avec une solution de *sublimé;* les poils seront peignés avec grand soin avec un peigne fin après lavage de la région avec une solution alcaline ; le traitement doit être fait avec exactitude et persévérance, l'érythro-micrococcus opposant une grande résistance à nos moyens de destruction, comme l'ont montré Balzer et Barthélémy.

L'*hématidrose* ou sueur de sang, si bien étudiée par Parrot, appartient à la série des accidents nerveux plutôt qu'elle ne relève du domaine de la dermatologie.

VI

Hydrocystomes.

Sous le nom d'hydrocystomes, Robinson a décrit de petites dilatations kystiques des glandes sudoripares. Celles-ci s'observent à la face, surtout au niveau de la partie antérieure du front, au pourtour des yeux et du nez. Elles se présentent sous forme de petits nodules transparents, à contenu liquide et citrin, inclus dans l'épaisseur du tégument ou faisant à sa surface une légère saillie ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois; leur nombre est toujours assez considérable. Ces petites tumeurs s'exagèrent pendant l'été, après l'exposition au soleil; elles s'affaissent, disparaissent pendant l'hiver, augmentent à nouveau de volume au printemps.

Cette affection ne réclame aucune intervention énergique ; on mettra, autant que possible, les malades à l'abri des causes capables d'exagérer la transpiration de la face. Si les malades réclament une guérison rapide, on pourra ouvrir les petits kystes, en pratiquer la destruction au moyen d'un attouchement avec le crayon de *nitrate d'argent* ou de l'application d'une *pointe galvano-caustique*.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DES ALOPÉCIES

PAR

L. BROCQ
Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

ET

R. SABOURAUD
Chef du laboratoire de l'hôpital Saint-Louis.

I

ALOPÉCIES EN GÉNÉRAL ET SÉBORRHÉES

PAR

L. BROCQ

I

Considérations générales.

Le mot *alopécie* signifie dans le langage dermatologique actuel chute générale ou partielle des cheveux ou des poils quelles qu'en soient la cause et la localisation. Le mot *calvitie* désigne un fait accompli, une lésion constituée, c'est-à-dire une absence plus ou moins complète et *définitive* de cheveux (Bazin).

L'alopécie n'est donc pas une maladie, c'est un symptôme, symptôme qui peut s'observer dans les affections les plus diverses comme étiologie, pronostic et traitement. Les dermatoses qui s'accompagnent d'alopécie ne constituent nullement un groupe naturel, et ce n'est que pour la plus grande com-

modité du praticien qu'on les a réunies dans un même chapitre.

Il nous faut néanmoins tenter de grouper ces maladies avec un certain ordre afin de faciliter les recherches de ceux qui voudront consulter cet article. Pour y arriver, nous prendrons surtout pour guide l'étiologie, car lorsque l'on veut guérir une affection, il convient avant tout de s'efforcer de remonter à la cause première, et de combattre cette cause dans la mesure du possible.

Au point de vue de leur pathogénie, les alopécies peuvent être divisées en deux groupes principaux :

I. — *Les alopécies qui dépendent d'un état physiologique, ou d'un état morbide général aigu ou chronique.*

II. — *Les alopécies qui dépendent d'une maladie locale du cuir chevelu.*

I. Le premier groupe doit être subdivisé en deux groupes secondaires :

1° *Les alopécies naturelles physiologiques qui comprennent :* A. — L'*alopécie congénitale* et ses diverses variétés ; B. — L'*alopécie sénile ;* C. — L'*alopécie prématurée* sans lésion apparente du cuir chevelu, laquelle peut être simplement héréditaire, mais qui dépend également presque toujours d'une ou de plusieurs des causes générales, soit constitutionnelles, soit hygiéniques que nous allons énumérer.

2° *Les alopécies pathologiques tenant à un état morbide général :* A. — *aigu ;* B. — *chronique.*

A. — ALOPÉCIES DES ÉTATS MORBIDES GÉNÉRAUX AIGUS

L'alopécie peut se produire avec rapidité pendant le cours, mais surtout pendant la convalescence de certains états morbides généraux aigus tels que les fièvres éruptives, la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes, la variole, qui peut la causer aussi par les lésions pustuleuses locales du cuir chevelu, les autres grandes pyrexies, parmi lesquelles on doit citer au premier rang la fièvre typhoïde. On doit également ranger dans ce groupe l'alopécie de l'accouchement, et peut-

être, quoique la théorie de la nature microbienne de toutes les pelades semble en ce moment prévaloir, certaines pelades décalvantes à évolution rapide qui pourraient être en relation avec une modification encore mal connue du système nerveux.

B. — ALOPÉCIES DES ÉTATS MORBIDES CHRONIQUES

L'alopécie suit d'ordinaire une marche un peu plus lente, souvent tout à fait chronique, lorsqu'elle dépend des causes suivantes :

1° *D'une mauvaise hygiène de la chevelure*, en particulier de l'emploi de chapeaux lourds, étroits, mal aérés, serrant le crâne, de cosmétiques nuisibles, de modes de coiffures ne tenant aucun compte de la direction normale des cheveux, etc.

2° *D'une mauvaise hygiène générale* déterminant une débilitation de tout l'organisme, c'est-à-dire de veilles, de travaux intellectuels prolongés, de soucis, de chagrins, d'excès de toute nature, en particulier d'excès vénériens, d'une alimentation défectueuse;

3° *D'une mauvaise constitution, héréditaire ou acquise*, soit arthritique (sens Bazinien du mot), soit strumeuse;

4° *D'affections générales débilitantes* telles que les intoxications chroniques (mercurialisme, etc.), l'anémie, la chlorose, le diabète, la phtisie, le cancer, la syphilis et la lèpre qui agissent, soit d'une manière générale sans qu'il y ait de lésions du cuir chevelu appréciables à l'œil nu, soit par l'intermédiaire de lésions directes du cuir chevelu et du poil. C'est ainsi que la syphilis peut provoquer à la période secondaire une alopécie en clairières pendant laquelle il n'y a pas, dans la grande majorité des cas, d'altérations macroscopiques notables visibles à l'œil nu (voir plus loin), qu'elle peut d'autre part, à la suite de lésions profondes (tubercules, gommes ulcérées, etc.), déterminer des alopécies circonscrites cicatricielles irrémédiables.

La plupart de ces grands processus morbides produisent des alopécies dont l'état local du cuir chevelu seul n'explique

pas l'intensité. C'est-à-dire qu'il y a disproportion évidente entre les altérations locales que l'on constate et la rapidité de la chute des cheveux. Il n'en est pas moins vrai que, dans beaucoup de cas, on retrouve sur le cuir chevelu du pityriasis capitis, des croûtes graisseuses du cuir chevelu ou de la séborrhée fluente, toutes lésions dont il faut tenir grand compte pour le traitement. Nous indiquerons donc aux chapitres des alopécies consécutives aux grandes pyrexies et aux états généraux graves la conduite à suivre dans les cas théoriquement purs, mais le praticien doit être prévenu qu'il lui faudra fréquemment instituer en même temps chez ces malades la médication locale des diverses séborrhées.

C. — ALOPÉCIES QUI DÉPENDENT D'UNE MALADIE LOCALE DU CUIR CHEVELU

Ces alopécies sont très nombreuses. On pourrait théoriquement en distinguer deux grandes variétés, celles qui sont dues à l'évolution sur le cuir chevelu d'un parasite connu, celles dans lesquelles on ne connaît pas de parasite ou de microbe pathogène. Malheureusement, dans l'état actuel de la science, il n'est pas encore permis de baser une classification sur des notions aussi naturelles et aussi logiques d'étiologie. Que faire du lupus érythémateux? L'eczéma séborrhéique typique n'est-il pas lui-même très probablement, pour ne pas dire sûrement, une affection parasitaire? Toutes ces grandes questions sont à l'étude. Aussi nous bornerons-nous pour le moment à diviser, comme nous l'avons déjà fait dans notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, les dermatoses qui peuvent provoquer l'alopécie en deux groupes assez mal définis, mais assez pratiques pour l'étude :

1er groupe. — Affections cutanées dans lesquelles l'alopécie n'est qu'un épiphénomène ou l'un des symptômes de la maladie.

Parmi elles, nous signalerons surtout l'érysipèle, l'eczéma, et en particulier l'eczéma séborrhéique, le psoriasis, les

lichens, les herpétides malignes exfoliatives (éruptions généralisées rouges et desquamatives consécutives aux eczémas, aux psoriasis, aux pemphigus, aux lichens), l'érythème desquamatif scarlatiniforme, la dermatite exfoliative généralisée, le pityriasis rubra, le pemphigus foliacé, l'impétigo, les furoncles, autour desquels peuvent se produire ces alopécies en aires si étranges qui simulent la pelade à s'y méprendre et qui sont des sources constantes d'erreurs de diagnostic, l'acné et en particulier l'acné atrophique ou ulcéreuse, les éruptions dites sycosiques, la kératose pilaire, qui est une affection essentiellement décalvante, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, les morphées. Il est évident que nous ne devons pas, dans cet article, nous occuper du traitement de ces alopécies : le lecteur devra pour chacune d'elles se reporter au chapitre dans lequel est exposée la thérapeutique de la dermatose originelle.

2e groupe. — Affections cutanées dans lesquelles l'alopécie est le symptôme majeur de la maladie.

Ce sont de beaucoup les plus importantes; elles sont au nombre de cinq : 1° le groupe ancien des séborrhées; 2° les folliculites atrophiantes ou destructives du follicule pileux; 3° la pelade; 4° les trichophyties; 5° le favus.

Ce rapide coup d'œil sur l'ensemble de ce groupe immense des alopécies nous permet donc de voir que, pour faire une étude réellement fructueuse de leur traitement, sans nous perdre dans des détails de fort minime importance, il nous suffira de dire quelques mots de l'alopécie congénitale, de l'alopécie sénile, de l'alopécie prématurée, des alopécies rapides consécutives aux grandes pyrexies et aux maladies chroniques débilitantes, de l'alopécie syphilitique, puis d'étudier avec soin les alopécies séborrhéiques, les alopécies consécutives aux folliculites dépilantes et la pelade. On trouvera à l'article *Teignes* le traitement des trichophyties et du favus.

Nous croyons utile d'exposer tout d'abord les règles générales de l'hygiène de la chevelure.

II

Hygiène de la chevelure.

Il est triste d'être obligé de reconnaître que ce sujet, quelque intéressant qu'il soit en réalité, a été fort négligé jusqu'ici. Quand on consulte les rares auteurs qui s'en sont occupés, on constate qu'ils ont soutenu les opinions les plus contradictoires.

Voici les principes que nous croyons devoir poser et d'où découleront les règles générales d'hygiène de la chevelure que nous adopterons.

A. — Tout d'abord l'expérience prouve que, lorsque les cheveux sont trop secs, ils ont de la tendance à devenir cassants, frêles, et à s'éclaircir ; que lorsqu'ils sont trop gras, ou, pour être plus précis, lorsque le cuir chevelu est atteint de séborrhée huileuse, ils ont une tendance des plus marquées à tomber. Des cheveux normaux et vivaces ne sont donc ni trop secs ni trop gras.

L'expérience a également prouvé que, lorsqu'on veut développer à outrance le système pileux d'une *région normale*, il faut l'enduire fréquemment de corps gras, la frictionner avec des substances irritantes, appliquer des vésicatoires, la raser fréquemment, épiler les duvets qui la couvrent : à force de les arracher, on arrive assez souvent, et surtout dans certaines régions d'élection comme la face, à transformer en poils volumineux et vigoureux d'imperceptibles duvets.

L'expérience semble enfin avoir démontré que les cheveux se conservent mieux chez ceux qui ont l'habitude de laisser leur tête découverte que chez ceux qui la tiennent constamment couverte de calottes ou de chapeaux pesants.

Nous allons maintenant, en nous appuyant sur ces quelques données peu sujettes à contestation, du moins nous semble-t-il, exposer comment nous comprenons qu'on doit soigner une chevelure indemne de toute affection.

B. — *Soins de propreté.* — Le cuir chevelu doit être propre. Cet axiome est d'autant plus irréfutable à l'heure actuelle que nous savons maintenant que nombre de dermatoses de cette région du corps reconnaissent des parasites pour cause première. Il faut donc avant tout l'empêcher de s'infecter et le nettoyer toutes les fois que c'est nécessaire, mais sans excès, comme nous le verrons plus loin.

Le cuir chevelu a une tendance naturelle à s'encrasser chez beaucoup de sujets. Il se dépose incessamment à sa surface des produits de sécrétion dus à la transpiration, laquelle est parfois très abondante en cette région, à la sécrétion des glandes sébacées, à la desquamation de l'épiderme. En outre, les poussières extérieures viennent souvent le souiller ; dans certains corps de métier, les ouvriers auraient besoin de laver leur tête tous les jours.

1° *Chez le nouveau-né,* il se produit sur le vertex une accumulation de croûtes molles et tenaces qui sont du sébum mélangé à une plus ou moins grande quantité de squames épidermiques et de poussières. Il est indispensable d'enlever toutes les fois que c'est nécessaire cet enduit, qui peut être chez certains sujets prédisposés le point de départ d'un eczéma séborrhéique. Il ne faut pas employer pour cela des savons irritants et d'énergiques frictions. Si les croûtes sont très épaisses, on les ramollit d'abord avec de l'*huile d'amandes douces*, de l'*huile d'olive* ou de l'*huile de ricin parfumée*, du *cold-cream*, du *cérat* frais ou de la *vaseline;* on peut même laisser le corps gras employé en contact avec le cuir chevelu pendant plusieurs heures, en le recouvrant d'un tissu imperméable. Lorsque l'enduit sébacé est devenu moins adhérent, on lave la tête de l'enfant avec de l'eau chaude et du savon de belle qualité, ou bien avec de la *décoction de saponaire* ou de la décoction de *bois de Panama*, ou bien encore avec un *jaune d'œuf* battu dans un peu d'eau de son chaude. Après un premier nettoyage complet, il suffit souvent de passer sur le cuir chevelu de temps en temps, tous les matins chez certains sujets, de l'*ouate hydrophile salicylée* imbibée de décoc-

tion de bois de Panama tiède, ou d'eau tiède pure légèrement savonneuse. Si c'est utile, on refait tous les huit ou quinze jours un grand nettoyage : mais il ne faut pas en abuser.

2° *Chez les adultes*, il est également indiqué de procéder à un nettoyage du cuir chevelu toutes les fois que c'est nécessaire. Cependant il faut autant que possible ne le répéter que toutes les deux, trois ou quatre semaines suivant les besoins, à moins que l'on ne soit trop exposé aux poussières, et, dans ce cas, on peut le faire tous les huit jours environ. On ne saurait trop s'élever contre la pratique qui consiste à se laver la tête tous les jours à grande eau; car le plus souvent on ne la sèche pas avec assez de soin, et l'on n'a pas la précaution de restituer aux cheveux après le lavage la matière grasse qu'on leur a enlevée et qui est naturellement nécessaire à leur conservation : aussi les cheveux finissent-ils par devenir secs et cassants.

Pour procéder au nettoyage du cuir chevelu chez l'adulte, on peut se servir des mêmes substances que chez l'enfant; ce sont celles que nous préférons. Mais on peut aussi employer chez lui d'autres savons, en particulier le *savon mou de potasse* quand on a naturellement les cheveux trop gras, les *savons médicinaux au Panama*, au *goudron*, au goudron et au Panama, au *borax*, au *goudron boraté*, au *soufre*, au *naphtol*, à l'*ichthyol*, à la *résorcine*, au *solvéol*, à l'*acide salicylique*, etc. Dans les paragraphes suivants, nous signalerons quelles sont les indications plus particulières de chacun de ces produits. Quand le cuir chevelu est très irritable, il faut se contenter d'employer une décoction faible de bois de Panama, ou une solution de borax. Jackson recommande dans ce cas un mélange de trois jaunes d'œuf battus dans 500 grammes d'*eau de chaux*. Le lavage se fait, soit avec les doigts préalablement aseptisés, soit avec une brosse un peu dure soigneusement lavée, ce qui est plus commode, soit avec des tampons d'ouate hydrophile que l'on renouvelle à chaque instant, ce qui est infiniment plus propre : on frotte le cuir chevelu avec assez de force pour en détacher toutes les impu-

retés, en ayant soin cependant de ne pas tordre les cheveux et de ne pas exercer de trop fortes tractions sur leur racine. Il est préférable d'employer pour cela de l'eau chaude, ou de faire chauffer les solutions dont on se sert. Quand la tête est bien couverte de mousse et que le cuir chevelu a été suffisamment savonné, on le lave à grande eau pour enlever les crasses et les substances qui ont servi au nettoyage. On doit préférer pour cela l'eau chaude; cependant quelques auteurs conseillent de faire alterner l'eau chaude et l'eau froide. On sèche ensuite avec beaucoup de soin les cheveux et le cuir chevelu en les enveloppant de serviettes chaudes et en les frictionnant légèrement.

Quand on a terminé, il est bon de mettre sur le cuir chevelu et sur les cheveux une petite quantité d'*huile d'amandes douces* ou d'*huile de ricin* aromatisée avec un peu d'essence de bergamote ou de wintergreen pour leur restituer l'enduit graisseux qui leur est naturel et que l'on a mécaniquement enlevé par le savonnage, mais il ne faut pas en mettre en trop grande quantité; car on tomberait dans l'excès inverse, et, comme nous l'avons expliqué plus haut, les cheveux ne doivent être ni trop secs ni trop gras.

C. — *Peignes et brosses.* — Les objets qui servent aux soins journaliers de la chevelure sont les peignes et les brosses. Chez les tout jeunes enfants, le peigne n'est pas nécessaire. Nous avons dit comment il faut leur nettoyer la tête : il suffit en dehors de ces lavages de leur brosser le cuir chevelu le matin avec une brosse douce, sans arriver à le rougir ou à l'irriter. A mesure qu'ils avancent en âge, on emploie une brosse de plus en plus ferme, mais il ne faut jamais arriver à exciter les téguments.

Dès que l'enfant a une véritable chevelure, il doit, comme l'adulte, se servir d'un peigne : cet instrument est indispensable pour démêler les cheveux, leur donner leur direction habituelle et les aérer. On fera surtout usage du peigne à dents écartées que l'on appelle le démêloir; les dents ne doivent pas être trop aiguës, car alors elles sont irritantes et

douloureuses pour le cuir chevelu; elles ne doivent présenter ni la moindre inégalité ni la moindre aspérité, car elles pourraient casser et arracher les poils. On le tiendra dans un parfait état de propreté. On ne se servira du peigne fin que lorsque les cheveux auront été déjà passés au démêloir. D'ailleurs ce peigne fin, qui doit présenter les mêmes qualités que le démêloir, n'est pas très utile, et il peut être nuisible entre des mains peu soigneuses. On tâche surtout avec lui de nettoyer la tête et de faire tomber toutes les pellicules; c'est une mauvaise pratique; il vaut mieux employer pour cela les pommades, les lavages ou les brosses.

L'adulte doit faire usage d'une brosse dure : les touffes de crins en seront disposées de telle façon que celles du milieu soient un peu plus saillantes que celles de la périphérie; elles seront écartées, de façon à pouvoir pénétrer dans la masse des cheveux sans difficulté et sans exercer sur eux de fortes tractions. Il faut que ces instruments de toilette soient tenus dans un parfait état de propreté. Lorsque les cheveux auront été démêlés avec le gros peigne, on les brossera suivant le sens dans lequel ils auront été disposés, avec assez d'énergie pour que l'on éprouve une certaine sensation de chaleur agréable au cuir chevelu, sans cependant arriver à l'irriter. On nettoiera ainsi les cheveux et l'on fera disparaître la plus grande partie des pellicules. Pour terminer et pour donner du brillant à la chevelure, on peut en lustrer la surface avec une brosse douce.

D. — *Port des cheveux.* — Les hommes portent à l'heure actuelle les cheveux courts. Cet usage est condamné par beaucoup d'auteurs qui soutiennent avec apparence de raison que les cheveux constituent une protection naturelle du crâne, que les femmes qui ne coupent point leurs cheveux les perdent beaucoup moins que les hommes, etc. Ceux qui conseillent de tenir les cheveux courts prétendent au contraire que des coupes de cheveux assez fréquentes réveillent leur vitalité, qu'en les portant courts on peut nettoyer le cuir chevelu avec plus de facilité et prévenir les diverses maladies contagieuses

si fréquentes à l'heure actuelle que l'on observe en cette région. Certains auteurs (Bazin) pensent que des coupes de cheveux répétées sont mauvaises parce qu'elles entretiennent une certaine irritation du cuir chevelu, et que, d'autre part, il est bon de faire couper assez souvent les cheveux quand ils sont grêles, chétifs et clairsemés. Cette question est donc des plus controversées, et, dans l'état actuel de la science, il est assez difficile d'avoir une opinion ferme sur ce point. Voici néanmoins quelle est notre ligne de conduite.

Il est préférable de faire porter aux enfants leurs cheveux courts jusqu'à l'âge de sept à huit ans; on peut en effet ainsi leur tenir plus facilement la tête dans un état de propreté absolue. A partir de cet âge, on peut laisser pousser les cheveux des petites filles; si cependant elles sont exposées par leur condition sociale à ne pas prendre un soin suffisant de leur personne, il vaut mieux tenir leurs cheveux à une longueur modérée jusqu'à la puberté. Beaucoup de femmes brûlent l'extrémité de leurs cheveux, ou les raccourcissent de quelques millimètres à chaque époque menstruelle; elles prétendent conserver ainsi leur chevelure et en activer la croissance. Il est bien difficile de dire si cette croyance est réellement fondée; en tout cas, cette pratique ne saurait avoir de sérieux inconvénients.

Quant aux jeunes garçons qui vont au collège comme externes ou qui y demeurent comme internes, ils doivent porter les cheveux courts. Ils n'ont pas le temps de prendre les soins assez minutieux que comporte une longue chevelure flottante, et les contaminations incessantes auxquelles ils sont exposés obligent à exercer sur eux une active surveillance, ce qu'il est bien plus facile de faire si les cheveux sont coupés ras. Les jeunes gens feront ce qu'ils trouveront convenable : mais, dès qu'ils auront une affection quelconque du cuir chevelu, ils devront couper leurs cheveux aussi courts que ce leur sera possible, car les soins qu'ils auront à prendre deviendront ainsi beaucoup plus aisés et n'exigeront qu'un court espace de temps.

E. — *Mode de coiffure.* — La forme de coiffure adoptée par les femmes est fort importante. Il est fréquent de voir des plaques d'alopécie se former au sommet de la tête, au vertex en particulier, aux points qui sont soumis à des pressions ou à des tractions exagérées, le plus souvent par l'intermédiaire d'épingles ou de peignes avec lesquels on attache les vrais ou les faux cheveux. Pour être hygiénique, une coiffure doit être simple, laisser aux cheveux leur forme et leur direction naturelles et ne pas les soumettre à de trop fortes tractions. La mode qui consiste à laisser porter aux petites filles leurs cheveux flottants sur les épaules est excellente : il est bon que de temps en temps, lorsqu'elles le peuvent, les femmes les laissent également dénoués. La meilleure coiffure consiste à les natter en tresses peu serrées sans tirer sur eux, puis à les laisser pendre, ce que peuvent faire les jeunes filles, ou bien à les replier derrière la tête et à les fixer avec de grosses épingles à cheveux bien unies en caoutchouc durci, en os (Jackson), en écaille ou en celluloïd. Il faut éviter de les tordre, de les rouler en papillotes ou de les chauffer pour les friser.

Les hommes devront se conformer aux mêmes principes. La coiffure en brosse, dite à la Henri III, est détestable, car elle change la direction des cheveux et ne leur laisse pas leur souplesse naturelle. La frisure leur est aussi mauvaise qu'aux femmes.

F. — *Chapeaux.* — Pour qu'un chapeau ne soit pas nuisible, il doit remplir les conditions suivantes : il doit permettre à l'air de circuler librement sur la tête, ne pas favoriser l'accumulation à sa surface de l'air chaud et de la sueur, ne pas comprimer le crâne et gêner ainsi la circulation de la partie supérieure du cuir chevelu, toutes conditions qui, comme nous le verrons plus loin, favorisent la production de l'alopécie prématurée idiopathique et des alopécies séborrhéiques. Il est bon d'avoir la tête nue; aussi, lorsqu'on ne s'expose pas à s'enrhumer en agissant ainsi, faut-il se découvrir dès qu'on le peut. Les mêmes considérations s'appliquent

aux faux cheveux dont les femmes font un si fréquent usage : il est préférable de ne jamais s'en servir.

G. — *Teintures et cosmétiques.* — On peut dire d'une manière générale qu'il faut toujours déconseiller l'emploi des teintures. Théoriquement, tout ce qui peut modifier les conditions normales d'existence du cheveu ne peut que lui être nuisible. Cependant nous devons reconnaître que dans certains cas de séborrhée du cuir chevelu, en particulier de séborrhée huileuse, nous avons vu les teintures à base de *henné* modifier en bien l'état du cuir chevelu et arrêter la chute des cheveux. Nous avons également essayé dans les mêmes conditions et guidés par une idée théorique l'*eau oxygénée*; mais ce produit ne nous a jamais donné que des mécomptes.

Quant aux autres cosmétiques si nombreux que l'industrie préconise sous tant de noms aussi divers que séduisants, nous ne pouvons les recommander. Il faudrait pour cela en connaître la composition exacte, et leurs inventeurs gardent soigneusement leur secret, qui n'est le plus souvent que l'adaptation à la parfumerie d'une formule connue. Beaucoup sont excellents, mais bien évidemment ils ne le sont que pour certaines personnes, et comme leur composition est un mystère, on ne peut en faire une application exacte. C'est, pour nous servir d'une expression vulgaire, mais juste, au petit bonheur qu'on les emploie.

Les seules substances que l'on puisse utiliser à l'état de santé pour oindre les cheveux lorsqu'ils sont trop secs sont l'huile d'amandes douces, l'huile de ricin, pure ou mélangée à de la moelle de bœuf préparée, aromatisée ou non avec de l'essence de bergamote, de l'essence de lavande ou avec du baume du Pérou, à la rigueur l'huile antique ou l'huile de Célèbes. Toutes ces préparations doivent être souvent renouvelées; il ne faut jamais en user dès qu'elles commencent à rancir.

III

Alopécie congénitale.

Les alopécies que l'on observe lors de la naissance ne reconnaissent pas une cause univoque, et il n'en existe pas encore une bonne étude d'ensemble.

Ce sont des lésions d'une extrême rareté. L'alopécie peut être générale ou partielle, c'est-à-dire occuper toute la surface des téguments, ou se restreindre au cuir chevelu; celui ci peut être pris dans sa totalité, ou seulement suivant des plaques circonscrites plus ou moins étendues. L'alopécie peut être totale (*atrichie complète* de certains auteurs), et dans ce cas il n'est pas possible de trouver un seul duvet sur tout le corps; sur des coupes on constate parfois l'absence histologique de bulbes pileux, ou bien leur existence à l'état rudimentaire. Il est bien plus fréquent d'observer un développement incomplet du système pileux qui n'existe qu'à l'état de simple duvet fin et grêle (*oligotrichie* de certains auteurs).

Le cuir chevelu peut être lisse, uni, non décoloré : il semble qu'il s'agisse vraiment d'une dystrophie cutanée, et dans ces cas il est fréquent de voir coïncider des anomalies des dents et des ongles. C'est là un premier grand groupe de faits dans lesquels la thérapeutique doit être fort réservée parce que d'ordinaire ses résultats sont nuls.

Dans un deuxième groupe de faits, il n'y a pas d'anomalies concomitantes des dents ou des ongles; le développement du système pileux ne semble pas être définitivement arrêté; il n'est que retardé. Peu à peu les cheveux se développent, et ils peuvent même dans quelques cas devenir assez fournis. Il est alors indiqué d'intervenir par des applications ou par des frictions excitantes analogues à celles que nous indiquons plus loin pour les alopécies consécutives aux grandes pyrexies ou pour la pelade.

Nous rangerons à côté de ces cas ceux dans lesquels il

semble que le nouveau-né ait subi une contamination peladique ou peut-être (?) l'influence d'une pelade existant chez un de ses parents au moment de la conception ou pendant la grossesse, ou même longtemps avant la naissance (?).

Dans un troisième groupe de faits, le cuir chevelu est criblé de petites élevures rouges et blanches péri-folliculaires, les poils sont atrophiés, enroulés, moniliformes : il s'agit alors, comme nous l'avons prouvé avec d'autres auteurs, d'alopécies qui se relient à la kératose pilaire (voir cet article pour le traitement).

IV

Alopécie sénile.

L'alopécie sénile se relie intimement à l'atrophie cutanée sénile. Elle en est un des symptômes. D'ordinaire les poils grisonnent, blanchissent, se dessèchent; leur bulbe s'atrophie, et ils tombent en laissant à découvert un cuir chevelu qui présente tous les caractères de l'atrophie cutanée sénile. L'alopécie sénile débute à un âge très variable suivant les personnes : il y a des sujets qui conservent toute leur chevelure jusque dans leur vieillesse; d'autres au contraire, qui les perdent par atrophie cutanée simple dès quarante-cinq ou cinquante ans. Elle commence presque toujours par le vertex, et de là elle s'étend à tout le sommet de la tête, en laissant assez fréquemment intacte, pendant un certain temps, une région qui se rétrécit de plus en plus vers la partie antérieure et médiane du crâne. Les hommes y sont plus sujets que les femmes.

Les auteurs sont unanimes à déclarer qu'il n'y a rien à faire dans l'alopécie sénile. Quand elle commence de trop bonne heure, on pourra cependant prescrire les préparations que nous allons indiquer dans le chapitre suivant.

V

Alopécie prématurée idiopathique.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'alopécie prématurée idiopathique n'est en réalité qu'une alopécie sénile qui se développe chez des individus jeunes. Elle en a les allures progressives et fatales, les localisations, la résistance au traitement. Parfois, en particulier chez les femmes, elle commence par les tempes. C'est un processus morbide d'une importance capitale, qui devient de plus en plus fréquent chez les populations arthritiques sédentaires des villes, et qui, après avoir été l'apanage presque exclusif des hommes, commence à être commun chez les jeunes femmes depuis qu'elles se livrent à des travaux intellectuels exagérés.

L'alopécie prématurée idiopathique débute à une époque quelconque avant le milieu de la vie : elle se produit indépendamment de toute maladie, soit générale, soit locale bien caractérisée. Cependant il est parfois bien difficile de la distinguer nettement du processus morbide que Kaposi appelle alopécie furfuracée, Pincus, alopécie pityriasique ou pityrodes, Unna, eczéma séborrhéique sec[1]. Elle ne commence pas d'ordinaire avant l'âge de vingt ans ; je l'ai néanmoins observée assez souvent dès l'âge de dix-sept à dix-huit ans. Elle est fréquente à partir de vingt-huit ans. Les cheveux qui tombent les premiers sont remplacés par d'autres cheveux plus grêles qui tombent à leur tour pour être remplacés par d'autres plus chétifs encore, et ainsi de suite jusqu'à ce qu'il n'y ait plus qu'un léger duvet, lequel finit lui aussi par disparaître. Comme l'alopécie sénile, elle est lente, progressive, symétrique : elle commence par le vertex, sous forme de tonsure, parfois par la région frontale, et chez les femmes

1. Voir *Séborrhée*.

par les tempes. D'après Polh Pincus, elle serait due à une sorte de transformation fibreuse du derme dont le tissu connectif s'épaissirait peu à peu et dont les mailles disparaîtraient progressivement en étouffant les éléments qu'elles contiennent, en particulier les papilles pileuses; le processus morbide réel serait donc différent de celui de l'atrophie sénile vraie (?).

D'ailleurs cette alopécie prématurée idiopathique qui, comme nous venons de le dire, est, dans certains cas, pour ainsi dire pure, se complique fort souvent, soit de séborrhée sèche (eczéma séborrhéique sec dans le sens d'Unna), soit d'eczéma séborrhéique circiné ou figuré du cuir chevelu, soit de séborrhée huileuse ou fluente. Toutes ces questions sont d'une complexité extrême et d'une difficulté suraiguë. Nous sommes obligé d'être malgré nous un peu schématique pour tâcher d'être clair. Nous nous contenterons donc de parler dans cet article du traitement que l'on doit instituer dans l'alopécie prématurée idiopathique vraie non compliquée, affection atrophique de cause vitale (E. Vidal), fort voisine, comme évolution clinique, de l'alopécie sénile; et nous renvoyons au paragraphe relatif à la *Séborrhée* pour le traitement des divers processus qui la compliquent si fréquemment.

L'alopécie prématurée idiopathique est héréditaire dans certaines familles; mais cette hérédité est loin d'être constante. Nous croyons que l'état général connu en France sous le nom d'arthritisme joue un rôle important dans son développement. Elle est fréquente chez les personnes qui se livrent à des travaux intellectuels prolongés, qui veillent tard, qui ont des soucis, de grandes préoccupations, qui se livrent à des excès et surtout à des excès vénériens, qui ont des affections des organes génitaux. On a aussi incriminé avec raison la mauvaise hygiène du cuir chevelu, le manque de soins, l'usage journalier de lotions aqueuses ou alcooliques, le port de coiffures lourdes non ventilées, etc.

F. A. King a soutenu depuis longtemps que la calvitie du vertex était due à la compression par les bords des chapeaux raides des artères temporales antérieures, des temporales pos-

térieures et des occipitales à leur passage sur les os du crâne.

Les femmes sont moins souvent atteintes que les hommes; elles doivent cette immunité relative à ce qu'elles prennent des soins plus minutieux de leurs cheveux : elles évitent de les mouiller; elles ne portent pas de chapeaux anti-hygiéniques, commettent moins d'excès, ne se livrent pas à des travaux intellectuels aussi prolongés. Cependant, depuis quelques années, ainsi que nous l'avons dit au début de cet article, le nombre de femmes atteintes de cette affection augmente dans d'inquiétantes proportions. Il semble que cette recrudescence tienne à diverses causes, parmi lesquelles nous signalerons surtout l'emploi de l'ondulation et de la frisure, l'abus des teintures, les séjours plus fréquents au bord de la mer (ce qui est des plus pernicieux pour les femmes arthritiques; dès qu'elles y sont depuis huit ou dix jours, leurs cheveux commencent à tomber en abondance), l'obligation pour beaucoup de jeunes filles de travailler presque autant que les jeunes gens pour passer leurs examens, etc. Il ne faudrait pas toutefois confondre la véritable alopécie prématurée idiopathique avec les alopécies passagères auxquelles les femmes sont si fréquemment sujettes dans leur jeunesse, qui sont généralisées ou localisées vers les tempes, qui sont en relation avec des troubles utérins et vasculaires, avec de la chloro-anémie ou de l'arthritisme, et que l'on peut assez facilement enrayer par les moyens que nous allons énumérer.

Il est extrêmement fréquent de voir les jeunes filles et les jeunes gens issus d'arthritiques, qui avaient une superbe chevelure pendant leur adolescence, la perdre en partie avec la plus grande rapidité entre 17 et 24 ans. Puis la marche progressive de l'alopécie s'arrête relativement pendant un certain nombre d'années.

B. — TRAITEMENT

Presque tous les auteurs s'accordent à considérer l'alopécie prématurée idiopathique comme étant au-dessus des ressources

de la thérapeutique. Cependant R. Crocker recommande l'emploi des toniques généraux ; E. Besnier croit qu'il est bon de prescrire l'*arsenic* et le *fer*, alternativement, à doses faibles et tolérées, longtemps prolongées. Shoemaker a recommandé l'emploi à l'intérieur du *bichlorure de mercure* ou du *calomel* que l'on fait alterner avec la *teinture d'ignatia*, à la dose de XXX gouttes par jour en trois fois dans un tonique amer. Geo. Schmitz a publié deux observations dans lesquelles les cheveux auraient repoussé après deux ou trois injections de *pilocarpine :* il s'agit très probablement dans ces cas de pelades méconnues.

Au point de vue local, la plupart des auteurs recommandent l'emploi de *frictions irritantes* (voir Jackson).

Voici deux des formules les plus usitées dues à Cottle :

℞ Acide acétique.	15	grammes.
Borax pulvérisé..	4	—
Glycérine..	12	—
Alcool à 60°.	15	—
Eau de rose.	240	—

M. s. a.

ou bien

℞ Solution officinale d'acétate d'ammoniaque. . .	de 10 à 40	grammes.
Carbonate d'ammoniaque..	2	—
Glycérine.	12	—
Eau de sureau..	240	—

M. s. a.

Lorsque l'affection est à son début et qu'elle a une évolution très lente, Pincus recommande de faire pendant deux, trois ou quatre jours de suite par semaine, pendant un laps de temps variant de deux à cinq minutes chaque fois, des frictions légères du cuir chevelu avec une brosse douce ou un tampon d'ouate hydrophile trempés dans le mélange suivant :

℞ Bicarbonate de soude.	4	grammes.
Eau distillée.	180	—

Dissolvez.

Mais cette préparation doit être surtout employée quand l'alopécie prématurée idiopathique se complique de séborrhée.

E. Besnier et Doyon font tenir les cheveux coupés aussi courts que possible : quand le cuir chevelu est sensible, irritable, hyperémié, ils font laver deux ou trois fois par semaine le cuir chevelu avec de l'eau un peu plus que tiède, après l'avoir frictionné avec un jaune d'œuf étendu d'eau.

Si le cuir chevelu ne présente pas de traces d'irritation, ils font faire ces lavages avec des savons doux, et en particulier avec du *savon blanc amygdalin*, réduit en poudre impalpable et mélangé à la quantité suffisante de *glycérine* pour faire un mélange crémeux. Enfin, si le cuir chevelu est très résistant, ils emploient le savon ordinaire, et même les *savons médicamenteux* au *goudron*, au *naphtol*, à l'*ichthyol*, etc. Si ces simples lavages ne suffisent pas, ils ont ensuite recours aux divers topiques locaux qui sont sensiblement les mêmes que ceux des séborrhées (voir ce mot).

Nous ne ferons qu'une petite objection aux diverses médications que nous venons d'énumérer. Dans une affection aussi difficile à traiter que l'alopécie prématurée idiopathique, nous croyons qu'il faut avant tout tâcher de maintenir le cuir chevelu et les cheveux dans un état physiologique parfait. S'ils sont gras, il faut les sécher un peu; s'ils sont secs, il faut, au contraire, les graisser. Or, nous envisageons surtout dans cet article l'alopécie prématurée idiopathique pour ainsi dire *pure*, non compliquée d'eczéma séborrhéique sec ou circiné, ou bien de séborrhée fluente. Si ces complications coexistent, on devra faire leur traitement[1]. Mais encore une fois, et c'est ce que tous les auteurs qui se sont occupés de la question n'ont pas suffisamment spécifié dans leurs ouvrages, l'alopécie prématurée idiopathique peut exister seule ou tout au moins tellement peu compliquée que ces complications sont négligeables. Eh bien! dans ce cas, il nous semble que l'on ne doit pas abuser des lavages fréquents ou des frictions

1. Voir *Séborrhée*.

alcooliques ou aqueuses qui dessèchent le cheveu et le cuir chevelu. Lorsqu'on les pratique, nous croyons qu'on doit immédiatement après restituer aux cheveux un corps gras quelconque, de préférence de l'*huile d'amandes douces* ou de l'*huile de ricin*. Si le cuir chevelu est très sec, comme cela arrive fort souvent, nous estimons qu'il est bon de faire mettre une ou deux fois par semaine sur le cuir chevelu, en écartant les cheveux suivant des raies [1], un peu de *vaseline* pure de belle qualité, et, si elle paraît être insuffisante, un peu de vaseline additionnée d'un dixième de *soufre* et de quelques gouttes (fort peu pour ne pas irriter) de *teinture de cantharides*. Si le cuir chevelu s'encrasse et si les cheveux deviennent gras, on les nettoie avec de l'*éther de pétrole* (pétrole à 0,70) ; on peut immédiatement après, si on le juge opportun, passer sur le cuir chevelu une des frictions excitantes précédemment mentionnées ; puis, si c'est utile, on remet un peu de corps gras, sinon on attend jusqu'au lendemain ou au surlendemain pour appliquer de la vaseline.

Si, au contraire, le cuir chevelu et les cheveux ont plutôt de la tendance à devenir gras spontanément, on se borne à y passer une ou deux fois par semaine, soit de l'éther de pétrole, soit un des mélanges précédemment indiqués, et, si ces moyens paraissent insuffisants, on met sur le cuir chevelu, deux fois par semaine, le soir, un peu de vaseline soufrée cantharidée ; le lendemain matin on nettoie le cuir chevelu, tantôt avec les liquides que nous venons de mentionner, tantôt, quand c'est vraiment utile, mais le moins souvent possible, avec de l'eau tiède et un des savons dont nous avons parlé plus haut.

Nous devons dire quelques mots de la médication par la *pilocarpine* et le *jaborandi* que l'on a tant préconisée dans certains pays à la suite de la publication de guérisons d'alopécies par des injections sous-cutanées de pilocarpine. On peut, si l'on veut employer ces substances, les administrer en pilules ou en injections sous-cutanées, ou bien se contenter

1. Voir *Hygiène de la chevelure*.

de les prescrire en applications locales, par exemple faire des frictions quotidiennes avec :

℞ Extrait fluide de jaborandi	25	grammes.
Teinture de cantharides au dixième.	25	—
Liniment savonneux.	100	—

M. s. a.

ou bien

℞ Macération de feuilles de jaborandi pulvérisées.	10	grammes.
Extrait fluide de quinquina . . . . . }		
Extrait d'arnica. . . . . }	âà 20	—

M. s. a.

VI

Alopécies consécutives aux grandes pyrexies et aux cachexies.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

A la suite d'un grand nombre de maladies aiguës graves, parmi lesquelles nous citerons surtout la fièvre typhoïde, les formes de grippe auxquelles on a donné le nom d'influenza, les diverses fièvres éruptives, etc., on voit les cheveux tomber avec plus ou moins d'abondance et de rapidité. Parfois la chute est tellement intense qu'en l'espace de quelques jours le cuir chevelu se dégarnit complètement. Il est plus fréquent de n'observer qu'une chute de cheveux modérée : presque toujours le processus morbide est disséminé et intéresse d'une manière uniforme la totalité du cuir chevelu. Dans beaucoup de cas, on observe en même temps de la séborrhée.

Ces chutes de cheveux des convalescents ne sont le plus souvent que des accidents passagers. Bientôt, en effet, sous l'influence de simples soins d'hygiène, de quelques frictions excitantes, ou même spontanément, les cheveux repoussent aussi touffus ou presque aussi touffus qu'ils l'étaient auparavant. Il est toutefois assez fréquent de les voir changer de

teinte. Il en est d'ordinaire de même après les accouchements. Dans quelques cas cependant, il persiste de la séborrhée et l'on voit survenir tous les accidents qu'entraîne cette dernière affection.

S'il s'agit d'alopécie dépendant d'états généraux graves et prolongés comme la chloro-anémie, les diabètes, l'albuminurie, etc., la chute des cheveux persiste avec des oscillations diverses et résiste d'ordinaire à la médication locale : le pronostic est encore plus sérieux, est-il besoin de le dire, quand il s'agit de tuberculose pulmonaire ou de cancers.

Dans les affections aiguës graves, les poils subissent des altérations profondes analogues à celles que subissent les autres annexes de l'épiderme, les ongles en particulier, et l'économie tout entière : ils ne se forment plus; ils se dessèchent, s'amincissent, s'atrophient, et, lors de la convalescence, ils sont expulsés comme des corps morts. Parfois aussi intervient, pour une certaine part, l'absence de soins d'hygiène pendant tout le cours de l'affection.

B. — TRAITEMENT

La première indication qui se pose est de traiter l'état général et de tonifier le malade avec des médicaments appropriés à l'affection dont il vient d'être atteint et à sa constitution.

Les préparations *arsenicales* ou *phosphatées* sont presque toujours indiquées.

Si la chevelure est trop compromise, il ne faut pas hésiter à la *raser* entièrement : on répète cette opération tous les quatre ou cinq jours pendant deux ou trois semaines. Ce procédé radical, d'ordinaire fort mal accepté des malades, rend les applications des divers topiques beaucoup plus faciles, plus rapides et plus efficaces.

Si les cheveux ne tombent que d'une manière relativement modérée, on doit essayer de les conserver, surtout lorsqu'il s'agit de femmes ou de jeunes filles. Il faut, dans ce cas, les

démêler et les peigner avec toute sorte de précautions pour ne pas les casser. Par contre, on ne doit pas craindre d'enlever tous ceux qui ne sont plus bien adhérents, car ils constituent autant de corps étrangers dont il faut débarrasser le cuir chevelu.

Si l'état du malade le permet, on fait un léger savonnage pour enlever tous les détritus qui encrassent la tête[1]; on sèche soigneusement le cuir chevelu; puis on fait une friction excitante que l'on répète tous les jours. Voici quelques formules dues à divers auteurs et que nous recommandons :

℞ Alcoolé de citron.		150 grammes.
Acide chlorhydrique.		4 —

M. s. a.

(Faire une friction légère du cuir chevelu matin et soir.)

℞ Alcool à 80°.		80 grammes.
Alcool camphré		
Rhum.	âà	5 —
Teinture de cantharides. . . .		
Glycérine.		
Essence de santal, de Wintergreen. .	âà	V gouttes.
Chlorhydrate de pilocarpine.		0gr,50

M. s. a.

(Faire une friction légère sur le cuir chevelu une fois par jour.)

℞ Teinture de jaborandi.	25 grammes.
Teinture de cantharides au dixième. . .	25 —
Liniment savonneux.	100 —

M. s. a. et agiter avant de s'en servir.

(Faire une friction une fois par jour.)

Il est d'ailleurs parfaitement inutile de se servir de ces formules toutes faites : chacun peut prescrire des lotions excitantes alcooliques renfermant du *rhum*, de l'*eau-de-vie*, de l'*alcool camphré*, aromatisées soit avec de l'*alcoolat de mélisse*, soit avec de l'*alcoolat de romarin*. Si on veut les

1. Voir pour les détails l'*Hygiène de la chevelure*.

rendre plus efficaces, on y incorpore un peu de *quinine*, de *teinture de jaborandi*, de *chloral* (de 1 à 4 pour 30), de *teinture de noix vomique* (de 1 à 4 pour 30), de *teinture de capsicum* ou de *teinture de cantharides*.

Si les cheveux sont trop secs et cassants, on peut substituer les pommades aux lotions, ou tout au moins combiner ces deux moyens; faire par exemple une lotion le matin, appliquer le soir un peu de pommade sur le cuir chevelu, ou inversement.

Hardy recommandait, dans ces cas, de se servir de la *pommade de Dupuytren* ou bien de la pommade au *tannin* ou à l'*acide gallique :*

℞ Moelle de bœuf.	20	grammes.
Huile de ricin	10	—
Acide gallique	1	—

M. s. a.

On peut remplacer dans cette formule la moelle de bœuf par de la vaseline et aromatiser avec V gouttes d'essence de lavande (Monin).

Bazin employait une préparation analogue : 20 grammes de moelle de bœuf pour 10 grammes d'huile d'amandes douces; parfois il y ajoutait 2 grammes de *sulfate de quinine* et 1 gramme de *baume du Pérou* pour aromatiser.

Quand on prescrit des pommades qui renferment des substances susceptibles de rancir, il faut recommander aux malades de les renouveler dès qu'elles commencent à subir cette modification.

Parmi les autres préparations qui ont été préconisées pour faire repousser les cheveux, citons la pommade et l'huile philocomes, la pommade de Schneider, la teinture de Cauderer, la pommade de Boucheron, etc. Mais il est vraiment inutile d'en donner les formules.

Quand on ne fait usage que des lotions excitantes, il faut mettre de temps en temps sur les cheveux, quand ils semblent être trop secs, soit un peu d'huile d'amandes douces, soit un

peu d'huile de ricin, soit même un peu d'huile antique, soit le mélange que nous employons souvent :

℞ Huile de ricin.	20 grammes.	
Teinture de quinine. . . .		
Teinture de romarin. . . .	ââ 10	—
Teinture de jaborandi. . .		
Rhum.		

M. s. a.

Agiter violemment avant de s'en servir.

VII

Alopécie syphilitique.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

L'alopécie syphilitique peut être consécutive à des lésions syphilitiques du cuir chevelu, soit secondaires, soit tertiaires. Dans ce cas, si le follicule pileux a été détruit par le processus suppuratif ou ulcéreux, l'alopécie est définitive : le traitement de cette variété d'alopécie se confond avec le traitement des lésions qui peuvent la produire.

L'alopécie syphilitique dont nous devons nous occuper est une alopécie sans lésions cutanées prémonitoires appréciables à l'œil nu; nous disons appréciables à l'œil nu, car on peut toujours se demander s'il n'y avait pas eu antérieurement, aux points atteints, quelque manifestation syphilitique fugace, de la roséole par exemple. Cette chute de cheveux semble dépendre de la modification générale que l'infection syphilitique fait subir à tout l'organisme. Elle survient d'ordinaire dans le cours des premiers mois qui suivent le chancre.

Son grand caractère objectif est d'être disséminée sur tout le cuir chevelu et d'être disposée en clairières irrégulières, d'où son nom d'alopécie en clairières. Elle est presque pathognomonique de la syphilis. Les cheveux sont secs, ternes, comme amincis : ceux qui tombent sont pour la plupart des

cheveux à bulbe plein normalement conformés; certains d'entre eux présentent des altérations atrophiques marquées au niveau de leur racine (Darier). Ils tombent rapidement : tous les degrés d'ailleurs peuvent s'observer dans leur chute, depuis le simple éclaircissement de la chevelure qui devient surtout évident vers les tempes, jusqu'à la calvitie complète, laquelle peut même parfois être généralisée à tout le corps, ce qui est fort rare. L'éclaircissement de la région externe des sourcils accompagne fort souvent l'alopécie cranienne; mais cette alopécie sourcilière externe est bien plus souvent un symptôme de kératose pilaire qu'un symptôme de syphilis. Le cuir chevelu est fort souvent recouvert d'une couche légère de séborrhée sèche.

Contrairement au préjugé vulgaire, la syphilis n'a jamais, par sa seule influence, causé de calvitie définitive. Quand le sujet est jeune, bien constitué, s'il n'y a pas dans sa famille d'alopécie héréditaire prématurée idiopathique, s'il n'est pas atteint lui-même de cette affection, il voit toujours repousser ses cheveux sous la seule influence de l'hygiène et du traitement général, sans qu'il ait besoin de recourir au moindre topique.

B. — TRAITEMENT

Le meilleur traitement de l'alopécie syphilitique est donc le traitement interne de la syphilis, et surtout le traitement interne préventif, tel que le fait pratiquer le professeur Fournier. Si l'on institue dès le début de la vérole une médication générale méthodique, on n'observera le plus souvent aucune alopécie, ou bien celle qui se produira sera insignifiante.

On peut aussi, pour la prévenir, faire sur le cuir chevelu des frictions quotidiennes ou bi-hebdomadaires avec un liquide excitant quelconque, en particulier avec une solution de *bichlorure de mercure*.

Quand l'alopécie syphilitique est produite, il n'y a réellement à s'en inquiéter, comme nous venons de le dire, que

chez les personnes âgées prédisposées à la calvitie; cependant on peut aider à la rénovation des poils en se servant des procédés suivants.

Voici l'une des prescriptions de Mauriac :

1° Appliquer sur le cuir chevelu matin et soir de la pommade suivante :

℞ Moelle de bœuf.		30 grammes.
Sulfate de quinine. . . .	àà	0gr,50
Turbith minéral.		

M. s. a.

2° Faire alterner ces applications tous les deux jours avec des lotions pratiquées avec la solution suivante :

℞ Eau distillée		300 grammes.
Carbonate de soude. . . .	àà	1 —
Borax.		

Dissolvez.

Dans son magnifique ouvrage sur le *Traitement de la syphilis*, le même auteur se contente de prescrire une lotion tous les soirs sur le cuir chevelu avec une brosse à brillantine très douce imbibée de la préparation suivante :

℞ Alcoolat de romarin.		200 grammes.
Teinture de Baumé. . . .		
Teinture de cantharides. .	àà	10 —
Liqueur de Fowler. . . .		

M. s. a.

E. Besnier formule ainsi qu'il suit le traitement complet de cette variété d'alopécie :

1° Couper ras les cheveux;

2° Savonner le cuir chevelu à l'eau chaude tous les matins;

3° Mettre ensuite la pommade suivante :

℞ Acide salicylique.		1 gramme.
Soufre précipité.		10 —
Lanoline.	àà	50 —
Vaseline pure.		

M. s. a.

4° Le soir, frictionner avec une brosse douce imbibée de :

℞ Alcoolat de romarin.	100	grammes.
Teinture de cantharides. . . .	10	—
Ou acide salicylique.	1	—

M. s. a.

Parmi les autres topiques les plus recommandables, signalons les lotions au *bichlorure de mercure* au cinq centième ou au millième suivant la susceptibilité du cuir chevelu, les pommades à l'*oxyde jaune d'hydrargyre* au vingtième ou au quinzième, les pommades au *turbith minéral* ou au *chloramidure de mercure*.

VIII

Des séborrhées.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

On comprend encore à l'heure actuelle, sous le nom vague et dénué de sens précis de séborrhée, toute une série d'affections complexes dont la nature réelle est des plus discutées. Nous ne pouvons, dans un ouvrage de cette nature, traiter cette question si controversée avec tous les développements qu'elle comporterait. Nous allons nous borner à définir, aussi nettement qu'il nous sera possible de le faire, les principaux types cliniques qui sont encore à l'heure actuelle, à tort ou à raison, désignés par la plupart des dermatologistes sous ce nom; puis nous en exposerons la thérapeutique.

Depuis longtemps, on a remarqué que, chez beaucoup de personnes, l'alopécie progressive et fatale qui survient entre vingt-cinq et quarante ans s'accompagne de la production sur le cuir chevelu de nombreuses petites squames fines, pityriasiques, qui poudrent en quelque sorte les cheveux et qui se répandent parfois en assez grande abondance sur les vêtements du malade. Le cuir chevelu semble néanmoins ne pas être profondément atteint, car, dans la grande majorité des

cas, il conserve sa coloration, son aspect blanchâtre, son épaisseur normale, et ne suinte pas. Parfois, cependant, il prend une légère teinte rosée et est comme œdémateux. On peut également observer ces symptômes chez des personnes jeunes qui ne perdent pas leurs cheveux, ou tout au moins qui ne les perdent pas encore. Souvent même, ils précèdent pendant plusieurs années le début de l'alopécie.

Les anciens dermatologistes avaient pensé qu'ils se trouvaient en présence d'une affection spéciale, uniquement caractérisée par cette desquamation, et ils lui avaient donné le nom de *pityriasis du cuir chevelu;* ce sont les *pellicules* du vulgaire.

Ils avaient, d'autre part, remarqué que parfois le cuir chevelu devient huileux : il semble que les glandes qu'il renferme entrent en suractivité et déversent au dehors une sécrétion graisseuse plus ou moins abondante. Parfois cette sécrétion se concrète à sa surface sous la forme de croûtes molles, graisseuses, plus ou moins adhérentes (acné sébacée de Biett et de Cazenave). Parfois le flux est tellement abondant que les cheveux en sont comme inondés (flux sébacé de Rayer).

On a enfin depuis fort longtemps remarqué qu'il se forme chez certaines personnes sur la partie antérieure de la poitrine ou sur le dos entre les deux épaules des plaques rouges ou d'un rose bistre, plus ou moins étendues, figurées, qui coïncident d'ordinaire avec du pityriasis du cuir chevelu. Mais quand on regarde alors d'un peu près ce pityriasis, on s'aperçoit qu'il est lui aussi figuré, disposé par plaques plus ou moins irrégulières, circinées, et qu'au-dessous des squames le cuir chevelu est rosé, parfois même franchement rouge. Il s'agit dans ces cas de ces formes éruptives si spéciales d'aspect que l'on a longtemps désignées sous le nom d'*eczéma acnéique, eczéma flanellaire, eczéma figuré, circiné et marginé, lichen annulatus serpiginosus, circinaria*, etc., etc., et que nous avons maintenant l'habitude de désigner sous le nom d'*eczéma séborrhéique circiné :* c'est notre séborrhéite circinée du devant de la poitrine et du cuir chevelu.

La question a changé de face avec les travaux de l'école de Vienne. Pour Hebra, la desquamation pityriasique du cuir chevelu n'est plus qu'un symptôme : la maladie réelle est une anomalie de sécrétion des glandes cutanées qu'il désigne sous le nom de *séborrhée*. Elle peut, d'après lui, se présenter « sous deux formes distinctes : la *seborrhæa oleosa seu adiposa*, dans laquelle le cuir chevelu est recouvert d'une substance huileuse ; la *seborrhæa sicca seu squamosa*, qui consiste parfois dans la formation de pellicules de sébum desséché, d'une couleur gris sale ou jaune pâle, assez fortement adhérentes à une peau saine ou peut-être légèrement rouge, parfois dans la formation d'écailles semblables à du son, reposant sur un tégument sain (*pityriasis furfuracea*, *pityriasis capillitii*). » Ces diverses variétés ne sont que des modifications d'une seule et même maladie, car leurs symptômes coexistent parfois chez le même individu : elles peuvent se transformer l'une dans l'autre, et leurs produits morbides sont histologiquement et chimiquement constitués par les mêmes éléments (Hebra, traduct. Doyon).

Les idées que professe Unna sur ces processus morbides sont toutes différentes. Pour le célèbre dermatologiste de Hambourg, il n'existe pas une hypersécrétion des glandes sébacées se caractérisant cliniquement par le symptôme dit séborrhée sèche. Toutes les séborrhées, à l'exception de la séborrhée huileuse (qu'il appelle hyperidrose huileuse, car, d'après lui, ce sont surtout les glandes sudoripares qui sécrètent la graisse), et du *vernix caseosa*, sont des catarrhes inflammatoires ou mieux des parakératoses inflammatoires de la peau : elles constituent ce qu'il appelle l'*eczéma séborrhéique*. Il s'appuie pour soutenir son opinion sur des arguments d'ordre histologique, étiologique et clinique.

Au point de vue histologique, les eczémas séborrhéiques présentent les quatre caractères suivants : 1° une parakératose de l'épiderme ; 2° une prolifération épithéliale (acanthose) ; 3° une inflammation plus ou moins profonde du derme ; 4° une augmentation de la sécrétion graisseuse de la peau.

indice d'une activité plus grande des glandes sudoripares.

Au point de vue étiologique, les catarrhes séborrhéiques sont essentiellement parasitaires. Les parasites qu'Unna regarde comme étant les plus importants sont les bacilles en forme de bouteille (*Flaschenbacillen*, spores de Malassez), les morocoques, lesquels se distinguent des staphylocoques en ce qu'ils ont une enveloppe muqueuse fine, mais solide, grâce à laquelle ils forment des amas réguliers, des sortes de cocci volumineux doubles ou quadruples, incomplètement divisés, ayant l'aspect de cocci géants, et même des amas volumineux mûriformes, lesquels rendent la présence des morocoques très facile à reconnaître; ces morocoques seraient, d'après l'auteur allemand, les microbes pathogènes de l'eczéma en général. Il existerait aussi en plus un petit bacille fin spécial. Ces microbes joueraient un rôle capital dans la production des eczémas séborrhéiques; partout où ils trouvent dans la couche cornée un terrain favorable de culture, ils se multiplient, ramollissent peu à peu la couche cornée environnante; leurs toxines pénètrent dans la couche épineuse et attirent de plus en plus d'exsudat de caractère séro-fibrineux mélangé seulement de quelques leucocytes. Peut-on appliquer également la théorie du chimiotaxisme à la séborrhée? Outre le sérotaxisme et le fibrinotaxisme, y a-t-il aussi un sébotaxisme provoqué par certains organismes? Unna le pense sans pouvoir cependant l'affirmer d'une manière tout à fait précise.

Au point de vue clinique, Unna fait remarquer qu'il existe toute une série de transitions entre la simple desquamation sèche ou graisseuse du cuir chevelu, et les éruptions diverses prurigineuses, avec croûtes épaisses, chaleur, rougeur, humidité de la peau, que tous les dermatologistes consentent à regarder comme des eczémas du cuir chevelu. Toute cette longue série de manifestations morbides, depuis la plus simple en apparence jusqu'à la plus inflammatoire et la plus suintante, ne sont que des formes différentes de la même entité morbide.

Nous ne pouvons qu'esquisser cette conception vraiment

séduisante, et nous renvoyons pour son étude un peu difficile et complexe aux savants et nombreux mémoires que l'auteur a publiés sur ce sujet.

Que devons-nous retenir de cet exposé au point de vue pratique, le seul qui doive nous occuper ici? Les quelques faits cliniques suivants :

1° Que des sujets atteints de simple pityriasis du cuir chevelu sont très exposés à perdre leurs cheveux dans un avenir plus ou moins rapproché, quoique cette chute puisse fort bien ne jamais se produire chez eux;

2° Qu'assez souvent ils voient leur cuir chevelu primitivement sec devenir huileux, et *vice versa;*

3° Qu'assez fréquemment ils voient survenir des démangeaisons plus ou moins fortes, et parfois des manifestations eczémateuses diverses.

4° Que presque tous ces phénomènes s'accompagnent de chute plus ou moins abondante des cheveux.

Nous plaçant au point de vue des alopécies, et envisageant la question au seul point de vue thérapeutique, nous devons donc étudier, dans le groupe énorme des séborrhées, les quatre types cliniques suivants (nous laissons en effet de côté les véritables éruptions eczémateuses, qu'elles soient psoriasiformes, sèches ou suintantes, car leur traitement est exposé à propos de l'*Eczéma*).

1° La séborrhée sèche ou pityriasis capillitii ou eczéma séborrhéique sec du cuir chevelu.

Ce type morbide est constitué objectivement par des squames sèches fines, furfuracées, quelquefois un peu grasses (faits de passage entre ce type et le type suivant), plus ou moins adhérentes et abondantes, qui recouvrent le cuir chevelu, qui tombent et se reproduisent avec rapidité; le cuir chevelu paraît être sain; il a d'ordinaire sa coloration normale; parfois le malade éprouve des démangeaisons plus ou moins vives, intolérables dans quelques cas; il se gratte et fait tomber des parcelles d'épiderme, provoque même,

quoique fort rarement, des excoriations suivies de croûtelles; mais il n'y a aucun vestige d'inflammation dermique sous-jacente. Ce processus morbide est des plus fréquents; il peut exister fort longtemps sans que la vitalité des cheveux soit le moindrement compromise; beaucoup plus souvent, il s'accompagne, au bout d'un laps de temps plus ou moins long, de chute des cheveux, puis d'alopécie; il complique souvent l'alopécie prématurée idiopathique, etc.

2° La séborrhée concrète ou croûtes graisseuses du cuir chevelu.

Ce type est constitué objectivement par des squames mélangées à une assez grande quantité de sébum, formant des amas de squames, ou mieux des sortes de croûtes d'un jaune sale, graisseuses, plus ou moins sèches ou humides, d'une coloration qui varie du blanc grisâtre au brun foncé, adhérentes au cuir chevelu, lequel peut être au-dessous d'elles, dans quelques cas, rouge, humide, congestionné; les lésions ont de la tendance à empiéter sur les parties voisines des tempes et du front et à dépasser le cuir chevelu d'environ un centimètre; elles s'arrêtent suivant un bord assez net; toutes les formes de transition existent entre ce type, le précédent, le suivant et les formes éruptives auxquelles nous donnons maintenant le nom d'eczéma séborrhéique psoriasiforme; ce type constitue l'*acné sébacée concrète* des vieux auteurs français, la *forme intense de la séborrhée sèche d'Hebra*, la *variété croûteuse de l'eczéma séborrhéique d'Unna;* nous le désignons provisoirement sous le nom purement clinique et objectif de *croûtes graisseuses du cuir chevelu.*

3° La séborrhée huileuse ou hyperidrose huileuse du cuir chevelu.

Ce type est le *fluxus sebaceus*, l'acné sébacée fluente des vieux auteurs français, l'acné sébacée liquide ou huileuse de E. Besnier, la *seborrhœa oleosa seu adiposa* d'Hebra-

Kaposi; c'est le seul processus morbide vraiment digne, pour Unna, du nom de séborrhée, puisque tous les autres sont pour lui des eczémas; il est constitué, au point de vue objectif, par la production sur le cuir chevelu, et presque toujours en même temps sur le visage, d'une couche de matière huileuse, grasse, plus ou moins abondante. Le derme peut dans certains cas être rouge et congestionné; l'hypersécrétion glandulaire peut être tellement considérable que les orifices des glandes semblent être comme dilatés et béants, et qu'après avoir essuyé le cuir chevelu, on voit presque immédiatement des gouttelettes de liquide sourdre de ces orifices.

4° L'eczéma séborréique circiné proprement dit du cuir chevelu.

Ce type morbide est caractérisé par des squames plus ou moins sèches ou graisseuses disposées en circinations ou en plaques fort souvent figurées, reposant sur un derme à peine rosé ou rouge, plus ou moins enflammé, ne suintant guère qu'après des applications irritantes; les démangeaisons sont parfois insupportables; presque toujours on observe en même temps, chez les sujets qui en sont atteints, une éruption analogue située sur le tronc, entre les deux épaules, ou sur le devant de la poitrine; ce type a d'étroites relations avec le pityriasis simplex du cuir chevelu (notre premier type). Nous en avons donné plus haut la synonymie.

L'alopécie s'observe dans ces quatre types; elle a la même évolution, la même résistance à la médication dans ces quatre formes, néanmoins l'hyperidrose huileuse est peut-être la plus rebelle. Tout d'abord, surtout dans le pityriasis simplex et dans l'eczéma séborrhéique circiné, les cheveux semblent être solides; peu à peu, cependant, on les voit s'éclaircir, s'amincir, pousser avec moins de rapidité qu'autrefois; à partir de ce moment, le processus alopécique devient appréciable au malade, et il semble dès lors évoluer avec une rapidité désolante : les cheveux deviennent de plus en plus fins et grêles, jusqu'à ce qu'il ne reste plus qu'un fin duvet, lequel disparaît

à son tour. L'évolution, les localisations de ces alopécies sont les mêmes que celles de l'alopécie prématurée idiopathique[1].

Quand d'autres alopécies comme la pelade, par exemple, viennent se greffer sur des alopécies séborrhéiques préexistantes, elles sont tout particulièrement rebelles.

Les alopécies séborrhéiques s'observent surtout chez les hommes de vingt-cinq à trente-cinq ans. Depuis quelque temps, elles deviennent assez fréquentes chez les femmes et chez les jeunes filles de quinze à vingt-cinq ans[2]. Elles sont, chez elles, d'ordinaire passagères, à coup sûr moins rebelles et moins complètement fatales que chez l'homme. Un de leurs sièges de prédilection est dans ce cas la région temporale; elles siègent aussi très fréquemment aux sourcils et aux cils.

Les séborrhées et les alopécies séborrhéiques peuvent se développer très rapidement et accidentellement à la suite de maladies aiguës graves, d'épuisements transitoires et curables tels que les grandes hémorragies, certaines anémies, la grossesse, etc.; dans tous ces cas elles ne constituent qu'un épiphénomène sans trop d'importance; presque toujours la chute des cheveux s'arrête, les symptômes séborrhéiques disparaissent, et tout rentre dans l'ordre avec le retour complet à l'état de santé, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement général et local approprié.

Tout autres sont les vraies séborrhées, celles que nous appelons essentielles, et que nous avons surtout en vue dans cet article. Elles ont une évolution lente, progressive et fatale; il est difficile de leur assigner une étiologie précise. Il est vrai qu'on a maintenant de la tendance à leur attribuer une origine microbienne. Nous croyons même personnellement au bien-fondé de cette opinion; mais il n'en est pas moins vrai que la question du terrain nous paraît être ici fondamentale, et c'est surtout à ce point de vue que leur pathogénie est encore fort indécise.

1. Voir ce mot.
2. Voir *Alopécie prématurée idiopathique* pour les causes.

Lorsqu'elles évoluent avec une rapidité relative, elles se relient presque toujours à un état anémique ou lymphatique très accentué. Quand elles suivent une marche subaiguë rémittente ou intermittente, elles s'observent surtout chez les femmes ou chez les jeunes filles à tempérament lymphatico-arthritique. Quand elles ont leur évolution chronique habituelle et quand elles se cantonnent, comme c'est la règle, au vertex, à la partie médiane du cuir chevelu, au nez et aux joues, elles s'observent surtout chez les hommes et se relient à la constitution dite arthritique.

Le mauvais état des fonctions digestives, la constipation opiniâtre, les troubles de la circulation tels que le froid aux extrémités et les bouffées de chaleur à la face, l'alimentation défectueuse et non appropriée à la constitution du sujet, une mauvaise hygiène générale, les chagrins violents, les soucis et les préoccupations constantes, le surmenage, les fatigues morales et intellectuelles, les excès de toute nature, une mauvaise hygiène du cuir chevelu, etc., toutes ces causes multiples peuvent intervenir, se greffant ou non sur une constitution prédisposée, pour causer ou pour aggraver les séborrhées et les alopécies séborrhéiques.

B. — TRAITEMENT

1° Traitement général.

Admettons un instant que l'on ait rigoureusement démontré la réalité de la nature parasitaire des séborrhées ou tout au moins des séborrhées sèches et des eczémas séborrhéiques circinés; même alors il serait nécessaire, pour les bien traiter, de s'occuper du terrain et de s'efforcer de le modifier : ce qui précède semble le prouver.

Il faudra donc, quand on sera consulté pour une alopécie séborrhéique, examiner complètement le malade, s'enquérir de ses antécédents personnels et héréditaires, de l'état de ses

organes, de son mode de vie, de son hygiène générale et de l'hygiène de sa chevelure.

On recommandera, suivant les cas, le séjour à la campagne, l'exercice en plein air; on conseillera de ne plus se livrer à des travaux intellectuels trop prolongés, et surtout de ne pas le faire le soir à côté de lumières dégageant beaucoup de calorique comme le gaz et le pétrole; l'alimentation sera saine, régulière, appropriée à la constitution du sujet. On surveillera les digestions, et par une médication convenable on tâchera d'obtenir qu'elles se fassent facilement, sans déterminer de gonflements d'estomac, de palpitations, de bouffées de chaleur à la face ; on régularisera les garde-robes; on soignera les affections des organes génitaux s'il en existe. Contre le refroidissement habituel des extrémités, on prescrira des frictions quotidiennes ou biquotidiennes sur les membres inférieurs et même sur tout le corps avec de la flanelle sèche ou imbibée d'eau de Cologne, d'alcoolat de lavande, d'alcoolat de Fioravanti ou d'alcool camphré; s'il en est besoin, on aura recours aux flagellations à l'eau froide.

Les sujets atteints d'alopécie séborrhéique sont souvent fort impressionnables ; quand leur nervosisme est vraiment trop développé, on doit donner des *antispasmodiques*, et en particulier des préparations de *valériane*.

Aux anémiques et aux alcooliques, on prescrira les *ferrugineux* seuls ou associés à l'*arsenic;* aux lymphatiques, l'*huile de foie de morue*, l'*iodure de fer*, le *sirop iodo-tannique;* aux arthritiques et aux goutteux vrais, les *alcalins*, le *benzoate de soude*, le *carbonate de lithine*, le *bicarbonate de soude*, associés ou non à de la *gentiane*, à de la *rhubarbe* ou à de l'*aloès*.

Nous devons ajouter que certains auteurs, et en particulier Dühring, recommandent d'employer dans les séborrhées le *soufre* et surtout les sulfures à petites doses continuées pendant des mois, par exemple le *sulfure de calcium* à la dose de 1 à 2 centigrammes par jour en trois ou quatre fois.

2° Traitement local.

Dans tout ce qui va suivre, nous aurons surtout en vue nos deux premiers types morbides, le pityriasis capitis et les croûtes graisseuses du cuir chevelu ; à la fin du chapitre, nous indiquerons ce qui s'applique plus particulièrement au traitement de l'hyperidrose huileuse et de l'eczéma séborrhéique circiné.

Quand on traite une séborrhée, il faut tout d'abord nettoyer le cuir chevelu, c'est-à-dire le débarrasser des squames et des croûtes qui l'encombrent[1]. Si le cuir chevelu est irritable, on se servira surtout de jaunes d'œuf étendus d'eau ; s'il ne présente, au contraire, aucune trace d'inflammation, on emploiera les autres procédés indiqués, en particulier le savon doux, ou un savon au *naphtol*, au *solvéol*, au *goudron*, etc. Lorsqu'on a terminé ce lavage, le cuir chevelu est souvent un peu rouge, lisse et tendu, surtout lorsqu'il était recouvert d'accumulations croûteuses quelque peu considérables; il donne parfois, en séchant, une sensation pénible, presque douloureuse de tension. On voit alors se reproduire avec rapidité à sa surface des squames, des croûtes ou des enduits graisseux analogues à ceux que l'on a enlevés.

Pour prévenir ces divers accidents, il est bon de mettre sur le cuir chevelu un peu d'huile ou de vaseline pure, ou de pommade, immédiatement après le lavage. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que les cheveux ne doivent jamais être ni trop secs ni trop gras; aussi ne faut-il prendre cette mesure que lorsqu'elle est indispensable pour calmer des sensations douloureuses, ou bien lorsque les cheveux sont trop secs.

D'après ce que nous avons observé, il nous semble que le soufre et ses diverses préparations sont de beaucoup les substances les plus efficaces dans les séborrhées; aussi, quand il sera possible d'en faire usage, devra-t-on y avoir d'abord

1. Voir *Hygiène de la chevelure* pour plus de détails.

recours; mais si ce médicament ne convient pas au malade, s'il est mal supporté ou s'il reste inefficace, il ne faut pas hésiter à employer un des autres procédés dont nous allons parler plus loin.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode que l'on choisisse, il est indispensable de prévenir les malades que leurs cheveux tomberont avec encore plus d'abondance pendant les premiers jours du traitement. Les séborrhéiques ont en effet sur leur tête un certain nombre de cheveux à bulbes pleins qui n'ont plus d'adhérence et qui sont condamnés à être éliminés. Le traitement, en nettoyant le cuir chevelu, facilite leur disparition : en outre il est bon une ou deux fois par semaine que le malade tâte ses cheveux et enlève résolument tous ceux qui ne sont pas solidement implantés. Cette élimination une fois faite, les cheveux tombent ensuite de moins en moins.

Le traitement par *le soufre et les sulfureux* comprend quatre méthodes principales :

A. — *Les lotions sulfureuses;*
B. — *Les lotions soufrées;*
C. — *Les poudres de soufre;*
D. — *Les pommades soufrées.*

A. — TRAITEMENT PAR LES LOTIONS SULFUREUSES

Cette méthode s'emploie seule dans les cas peu graves; presque toujours on la combine avec d'autres procédés, en particulier avec des applications de pommades soufrées. Elle constitue chez certains sujets un moyen des plus efficaces pour calmer les démangeaisons dont ils sont atteints. Il faut, suivant l'intensité du prurit, faire ces lotions une ou deux fois par semaine.

Quand on veut s'en servir comme médication exclusive de la séborrhée, on doit les renouveler tous les jours ou tous les deux jours, soit le matin, soit le soir, à cause de la mauvaise odeur du polysulfure. On frictionne doucement le cuir chevelu avec une brosse douce ou un petit tampon de tarla-

tane trempé dans un des mélanges suivants, que l'on chauffe au bain-marie ou dans lesquels on ajoute de l'eau chaude; il faut avoir soin de diriger les frictions dans le sens des cheveux, sauf lorsque l'on veut combattre des manifestations tenaces et faire disparaître des squames fort adhérentes; dans ce cas, on est autorisé à frictionner à rebrousse-poil et en tous sens.

Voici quelques formules que l'on pourra employer :

℞ Polysulfure de potassium. . . .	4	grammes.
Teinture de benjoin.	2	—
Eau distillée.	250	—

Dissolvez.

(Ce mélange doit être préparé au moment de s'en servir.)

Aussi est-il préférable de prescrire :

℞ Polysulfure de potassium liquide . . .	de XX à LX gouttes.
Eau chaude	un quart de verre.

M. s. a.

On laisse tomber dans un quart de verre d'eau chaude des doses de polysulfure qui varient, selon la tolérance des sujets, de XX à LX gouttes, et si l'on trouve l'odeur trop désagréable, on y ajoute quelques gouttes de teinture de benjoin, tout cela au moment même de s'en servir. (On sait que le polysulfure de potassium liquide se compose de 100 grammes de polysulfure de potassium solide pour 200 grammes d'eau.)

On commence par peigner le malade, puis on trace des raies avec le démêloir en rejetant les cheveux à droite et à gauche, et c'est sur le cuir chevelu ainsi mis à nu qu'on fait une friction légère avec un petit tampon d'ouate hydrophile roulé au bout d'un bâton ou d'un porte-plume et imbibé du mélange sulfureux, ou bien avec une brosse à dents fort mince et très douce. Quand toutes les régions malades ont été ainsi traitées, on sèche la tête avec une serviette chaude et l'on met sur les cheveux un peu (le moins possible) d'huile d'amandes douces parfumée ou d'huile antique. L'odeur désa-

gréable du polysulfure se dissipe assez vite. Dès que le malade est amélioré, on ne fait plus ces lotions qu'une ou deux fois par semaine.

B. — TRAITEMENT PAR LA LOTION SOUFRÉE

Cette méthode constitue le procédé de choix contre les hyperidroses huileuses ou séborrhées fluentes du cuir chevelu. Toutes les fois qu'on se trouve en présence de sécrétions graisseuses abondantes, il faut employer ou cette lotion soufrée ou les poudres soufrées. Malheureusement ces deux moyens sont très difficilement acceptés par les malades, qui les accusent à juste titre de salir les cheveux, de nécessiter de fréquents lavages et d'être trop souvents irritants pour les régions voisines, front, oreilles, cou, poitrine, etc. (Voir plus loin).

On se sert du mélange suivant :

℞ Soufre précipité.	de 15 à 30	grammes.
Alcool camphré	de 25 à 50	—
Glycérine neutre pure	de 5 à 10	—
Eau distillée.	250	—

M. s. a.

(Agiter violemment et pendant longtemps avant de s'en servir.)

On verse une certaine quantité de ce mélange dans une tasse, on y trempe un tampon d'ouate hydrophile roulé au bout d'un porte-plume, on fait des raies dans le cuir chevelu et on dépose le mélange sur le cuir chevelu lui-même dans l'intervalle des cheveux, en tâchant de les encrasser le moins possible : quand on a ainsi opéré sur une raie, on fait une autre raie très voisine de la première, sur laquelle on dépose également du mélange soufré, et ainsi de suite jusqu'à ce que le cuir chevelu tout entier en soit recouvert. Il faut qu'après évaporation il y ait sur toute la tête une couche légère et jaunâtre de soufre.

Cette petite opération doit être conduite avec le plus grand soin : on ne doit pas laisser couler le mélange sur les parties glabres, en particulier sur les oreilles et sur le cou, car toutes

les régions qui ne sont pas atteintes de séborrhée supportent d'ordinaire fort mal ce médicament. Il peut donner lieu à des éruptions érythémateuses et vésiculeuses intenses et douloureuses qui obligent parfois à suspendre le traitement. Lorsque l'on a affaire à des peaux aussi irritables, il est bon, avant de faire les applications soufrées, d'enduire de cold-cream frais, ou d'un mélange de vaseline et de lanoline, ou d'aleptine, le front, le visage, les oreilles et le cou. On peut aussi conserver pendant la nuit cet enduit protecteur; car, pendant le sommeil, des parcelles de soufre et de camphre peuvent s'attacher aux oreillers et irriter ensuite le visage et la poitrine.

Il est également des personnes, mais c'est beaucoup plus rare, dont le cuir chevelu ne peut supporter ce médicament : il se produit de la rougeur et de la sensibilité; il faut alors le cesser immédiatement.

On doit laisser la première couche de soufre en contact avec la peau jusqu'au lendemain, sans y toucher; et le lendemain, au lieu de l'enlever, il faut se contenter d'ajouter une nouvelle couche de lotion soufrée à celle de la veille, et ainsi de suite tous les jours jusqu'à ce que les couches successives de soufre et de camphre mélangées aux produits de sécrétion du cuir chevelu forment un épais enduit ne permettant plus aux applications nouvelles d'agir. On procède alors à un nettoyage complet du cuir chevelu; la date de cette petite opération variera suivant les cas, suivant l'intensité de la sécrétion, suivant la quantité de soufre déposé chaque jour : c'est en moyenne tous les cinq ou six jours qu'il faut la renouveler. Dans les cas de peu d'intensité, on peut ne la faire que tous les dix jours. Le lavage s'exécute comme nous l'avons dit à propos de l'*Hygiène de la chevelure*. Il y a néanmoins des personnes qui aiment mieux faire nettoyer le cuir chevelu avec des tampons d'ouate légèrement imbibés d'éther de pétrole ou de décoction savonneuse. On pratique d'ordinaire le nettoyage le matin, pour permettre au sujet d'avoir la tête propre pendant toute une journée; dès le soir même, il est bon de recommencer les applications soufrées.

Il faut avertir les malades, quand on leur prescrit ce traitement, de la chute de cheveux extrêmement abondante qui se produit lors du premier lavage. Ce jour-là ils tombent en si grande quantité que, si le patient n'est pas prévenu, il ne manque pas d'incriminer la méthode et de l'abandonner. Ce sont presque tous les cheveux malades, peu solides, qui sont éliminés. Lors du second nettoyage, il en tombe encore une certaine quantité, beaucoup moins lors du troisième nettoyage, presque pas au quatrième, et à partir de cette date, c'est-à-dire en moyenne du vingtième au trentième jour, la chute des cheveux est enrayée.

Certains dermatologistes ont proposé, pour rendre cette méthode plus acceptable, de ne laisser la couche de soufre en contact avec le cuir chevelu que pendant la nuit, de l'enlever par un nettoyage le lendemain matin. Nous ne croyons pas que des lavages aussi fréquents du cuir chevelu soient un procédé pratique et toujours inoffensif. D'ailleurs, il est fort difficile d'enlever complètement par un seul nettoyage tout le soufre qui adhère au cuir chevelu, et qui y adhère avec d'autant plus de force que le processus morbide est plus intense : en effet, l'un des bons signes d'amélioration de l'affection est l'adhérence moindre du soufre qui se détache avec plus de facilité en laissant au-dessous de lui le cuir chevelu blanc et lisse.

Quand cette amélioration se produit, on n'applique plus la lotion soufrée que tous les deux jours, puis que deux fois, qu'une seule fois par semaine; il est bon de cesser ainsi progressivement l'emploi de cette médication.

C. — TRAITEMENT PAR LES POUDRES SOUFRÉES

Il y a des malades qui ne veulent pas avoir la tête mouillée tous les soirs ou qui ne peuvent pas le supporter parce qu'ils s'enrhument ou parce qu'ils ont des névralgies; on essaiera, dans ce cas, de les traiter par des poudres soufrées. On mé-

lange le soufre, en proportions variables suivant l'intensité du cas et la tolérance du cuir chevelu, à de la poudre de talc, d'amidon, de magnésie calcinée, d'oxyde de zinc, de carbonate ou de sous-nitrate de bismuth, etc.

Voici une formule dont nous nous sommes servi avec un certain succès :

℞ Acide salicylique.	de 1 à	2	grammes.
Chlorhydrate de pilocarpine pulv.		1	—
Soufre précipité.		12	—
Borate de soude.		5	—
Poudre d'amidon.		10	—
Poudre de talc.		70	—

M. s. a.

(On peut supprimer sans grand inconvénient dans cette formule le chlorhydrate de pilocarpine, substance des plus chères, et dont l'efficacité est fort contestée de ce côté de l'Atlantique. On peut porter la dose de soufre à 20 grammes, celle de borate de soude à 10 grammes, pour une masse totale de 100 grammes, et remplacer la poudre d'amidon et de talc par un mélange de magnésie, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth et de talc.)

On met tous les soirs une couche de cette poudre sur le cuir chevelu en écartant les cheveux. Quand la tête est trop sale, on la nettoie. Il est bon, pour y arriver, de commencer par enlever, autant qu'on le peut, le mélange de séborrhée et de poudre en se servant, soit d'éther de pétrole (pétrole à 0,70), soit de la préparation suivante :

℞ Borate de soude.	de 15 à	30	grammes.
Ether sulfurique camphré. . .	de 10 à	30	—
Eau distillée.		250	—

M. s. a. Agiter vigoureusement. (Lotion d'Hillairet.)

Puis on savonne, si c'est nécessaire; et dès le jour même on recommence les applications de soufre. Si le cuir chevelu est trop tendu et trop douloureux après le savonnage, on l'enduit d'un peu de vaseline de très belle qualité, ou d'huile d'amandes douces.

D. — TRAITEMENT PAR LES POMMADES SOUFRÉES

On doit employer les pommades quand les cheveux sont secs ou quand ils ont trop de tendance à le devenir avec les lotions. D'ailleurs le médecin doit savoir qu'il y a des malades qui se trouvent mieux des lotions, d'autres des pommades, sans qu'il soit possible de dire d'avance par le simple examen de l'état local du cuir chevelu quelle est la préparation qui doit le mieux leur convenir. Lorsque la tête est bien nettoyée, on met avec le bout du doigt, ou mieux avec un peu d'ouate au bout d'une allumette, sur le cuir chevelu, après avoir écarté les cheveux, un peu de pommade soufrée au vingtième ou mieux au dixième, si le malade la tolère à cette dose, ce qui est la règle.

Lorsque les cheveux et le cuir chevelu ne sont pas naturellement fort secs, il faut employer des pommades à base de vaseline, par exemple :

℞ Acide salicylique	0 ,25
Résorcine	0gr,20
Soufre précipité	2 grammes.
Vaseline pure	18 —
Baume du Pérou	Q. s. pour aromatiser.

M. s. a.

Lorsque les cheveux sont au contraire fort secs, il vaut mieux employer la formule suivante, due à E. Vidal, et qui est excellente :

℞ Soufre précipité	6 grammes.
Beurre de cacao	10 —
Huile de ricin	50

M. s. a.

(On peut y incorporer 3 grammes de teinture de cantharides chez les personnes dont le cuir chevelu n'est pas irritable pour tâcher d'activer la croissance des cheveux.)

La formule recommandée par Besnier et Doyon est la suivante :

℞ Acide salicylique, résorcine, baume du Pérou.	ââ	de 0gr,50 à 1 gr.
Soufre précipité.		de 5 à 10 gr.
Lanoline et vaseline pure.	ââ	50 gr.

M. s. a.

Faire le soir, sur la peau de la tête, une friction légère avec une petite quantité de cette préparation; et le lendemain matin laver la tête à l'eau chaude et au savon.

Si l'on ne veut pas procéder à un lavage aussi fréquent du cuir chevelu, on ne met chaque soir qu'une quantité fort minime de pommade, et l'on ne fait de nettoyage que lorsque la tête et les cheveux sont trop encrassés. Dès que l'amélioration s'est produite, on ne met plus la pommade qu'une ou deux fois par semaine, puis on cesse d'en faire usage.

E. — TRAITEMENT PAR LES MERCURIAUX

Les préparations mercurielles réussissent dans les alopécies séborrhéiques d'une manière moins générale que les préparations soufrées : elles peuvent cependant donner des résultats lorsque le soufre a échoué; on doit aussi les essayer chez les personnes qui ne peuvent pas supporter l'odeur des sulfureux ou qui ne veulent pas avoir de poussières jaunes dans les cheveux.

On emploie les mercuriaux sous forme de lotions ou de pommades. Quand le cuir chevelu est trop sec, on prescrit surtout les pommades. Quand il est trop graisseux, on se sert au contraire des lotions. Il est presque toujours utile de combiner ces deux genres de préparations dans des proportions qui varient selon l'état du cuir chevelu.

Voici quelques formules de solutions pour frictions :

℞ Bichlorure d'hydrargyre. . .	de 1 à 3 grammes.
Alcool à 90°.	de 100 à 200 —
Eau distillée.	de 900 à 800 grammes, de manière à faire 1 litre.

Dissolvez.

℞ Bichlorure d'hydrargyre. . . . . de 1 à 3 grammes.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . . de 1 à 3 —
Eau distillée de laurier-cerise. . . 50 —
Eau distillée. . . . . 950 —

Dissolvez.

℞ Liqueur de van Swieten . . . . de 100 à 200 grammes.
Hydrate de chloral. . . . . 25 —
Eau distillée de rose. . . . . de 500 à 400 —

Dissolvez.

(On peut varier ces formules à l'infini.)

Comme pommade, on peut employer :

℞ Oxyde jaune d'hydrargyre. . . . . 1 gramme.
Vaseline pure. . . . . 19 grammes.

M. s. a.

℞ Calomel. . . . . 1 gramme.
Tannin. . . . . 2 —
Vaseline pure. . . . . 25 —

M. s. a.

Voici la formule que préconise Malassez quand il y a des démangeaisons :

℞ Turbith minéral. 1gr,50
Beurre de cacao. . . . . 10 grammes.
Huile de ricin. . . . . 50 —
Baume du Pérou . . . . . 1 —

M. s. a.

D'ordinaire, on met sur le cuir chevelu tous les soirs ou tous les deux soirs un peu d'une des pommades précédentes, et le lendemain matin du jour où l'on a mis de la pommade, on fait une lotion du cuir chevelu avec une des solutions dont nous venons de donner les formules.

F. — ÉTHER DE PÉTROLE

Ces solutions peuvent d'ailleurs être remplacées de temps en temps avec avantage par l'éther de pétrole (pétrole à 0,70

qui nous paraît être (lorsqu'il est supporté, c'est-à-dire lorsqu'il n'irrite pas le cuir chevelu ou ne donne pas d'intolérables sensations de cuisson), la substance de choix pour frictions, nettoyages et dégraissages dans les alopécies séborrhéiques. Chez certains sujets, des frictions du cuir chevelu pratiquées deux fois par semaine, tous les deux jours, tous les jours, deux fois par jour selon l'intensité du processus séborrhéique, suffisent à enrayer la chute des cheveux. Quelques malades prétendent même qu'ils repoussent dans une certaine mesure. L'éther de pétrole dégraisse fort bien la plupart des cheveux et nettoie admirablement le cuir chevelu; mais il arrive parfois qu'en débouchant les conduits excréteurs des glandes, il facilite l'écoulement de la graisse qu'elles contiennent sur le cuir chevelu, de telle sorte que la tête paraît être beaucoup plus graisseuse après son application qu'avant : parfois aussi il est très mal toléré par certains sujets qui éprouvent des sensations de cuisson des plus vives après son application.

G. — COALTAR SAPONINÉ

Le coaltar saponiné sert à nettoyer le cuir chevelu et à calmer les démangeaisons. On l'emploie d'ordinaire coupé de cinq à dix fois son volume d'eau fort chaude, puis peu à peu, si le malade le tolère, on diminue la quantité d'eau.

H. — AMMONIAQUE

L'ammoniaque a également le grand avantage de faire disparaître les pellicules et de calmer les démangeaisons. On la prescrit sous la forme classique suivante :

℞ Ammoniaque liquide.	2 cuillerées à café.
Rhum.	3 cuillerées à soupe.
Eau de feuilles de noyer.	1 grand verre.

M. s. a.

ou bien associée à diverses teintures :

℞ Ammoniaque liquide.		10	grammes.
Teinture de quinine.			
— romarin..	âà	20	—
— jaborandi.			
Esprit-de-vin.		30	—
Eau distillée.		150	—

M. s. a.

Beaucoup de femmes qui veulent se blondir les cheveux emploient l'eau sédative de Raspail coupée de cinq ou six fois son volume d'eau. On sait que l'eau sédative de Raspail est composée de :

℞ Ammoniaque liquide.	100	grammes.
Eau distillée.	900	—
Sel marin.	20	—
Camphre.	2	—
Essence de roses.	Q. s.	pour aromatiser.

M. s. a.

Ce mélange a l'avantage d'agir sur les pellicules et les démangeaisons, de sécher le cuir chevelu et de décolorer les cheveux auxquels il donne une teinte d'un blond assez clair tirant un peu sur le roux.

Le *chlorhydrate d'ammoniaque* s'emploie contre le *pityriasis capitis* en solution au deux centième dans de l'eau de rose additionnée d'un peu de glycérine.

I. — NAPHTOL

L'école de Vienne a beaucoup vanté les bons effets du naphtol dans les séborrhées. On nettoie le cuir chevelu avec de l'huile naphtolée au centième et avec du savon au naphtol; puis on le badigeonne pendant cinq à sept jours avec une solution alcoolique de naphtol au quatre centième ou au deux centième; après quoi on fait de simples lotions alcooliques, ou bien, si le résultat n'est pas satisfaisant, on recommence. On combine souvent ces lotions avec l'emploi

d'une pommade au naphtol au vingtième ou au dixième, à moins qu'on n'ait à traiter une hyperidrose huileuse des plus abondantes. Il est préférable de combiner le naphtol et le soufre, on a ainsi des préparations beaucoup plus efficaces.

J. — RÉSORCINE

Il en est de même pour la résorcine, que certains auteurs (Ihle) ont cependant employée seule contre les séborrhées, soit sous forme de solution légèrement alcoolisée à 1 ou 4 p. 100, soit sous forme de solution huileuse au soixantième ou au trentième dans parties égales d'huile d'olives et d'huile d'amandes douces, soit sous la forme mixte suivante :

℞ Résorcine	de 5 à	10 grammes.
Huile de ricin.	45	—
Alcool à 60°	150	—
Baume du Pérou. . . .	0gr,50	

M. s. a. et agiter avant de s'en servir (Ihle).

Nous la prescrivons souvent sous la forme de pommade au centième, au cinquantième, au vingtième, suivant la tolérance des sujets, associée à l'*acide phénique* pour calmer les démangeaisons, associée au soufre pour combattre le pityriasis capitis.

K. — AUTRES MÉDICAMENTS RECOMMANDÉS

Parmi la multitude des médicaments qui ont encore été préconisés contre les séborrhées, nous devons signaler à l'attention des praticiens :

1° La *teinture d'iode* pure et fraîche (Bodin, Sabouraud), qui, dans les cas d'eczéma séborrhéique circiné du cuir chevelu, nettoie la tête avec une extrême rapidité, et, appliquée à plusieurs reprises à quelques jours d'intervalle, délivre pour longtemps les malades. On la dépose avec un petit tampon

d'ouate hydrophile sur tout le cuir chevelu; si les enduits sont très épais, il est bon de frotter légèrement lors des premières applications;

2° Le *borate de soude,* qui est très utile en lotions dans les cas de séborrhée huileuse abondante;

3° Le *bicarbonate de soude,* en solution au cinquantième, que l'on applique, toutes les fois que le cuir chevelu ou que les cheveux sont très graisseux, avec une brosse douce ou avec un tampon d'ouate hydrophile. On s'en sert dans ces cas comme d'ailleurs des *cristaux de soude,* du *chlorate de soude* ou du *chlorate de potasse,* pour nettoyer et sécher la tête, à moins qu'elle ne soit tout particulièrement graisseuse; il est bon de mettre après ces nettoyages un peu de vaseline ou d'huile d'amandes douces sur les cheveux et sur le cuir chevelu.

4° Les *acides divers* ont été employés avec un certain succès par quelques auteurs (Pincus) dans les périodes les plus avancées des séborrhées; on les prescrit en lotions :

℞ Acide lactique ou citrique. . .	de 0gr,50	à 1 gramme.
Acide borique.	de 2	à 5 grammes.
Eau distillée.	220	—
Esprit-de-vin rectifié.	de 30	à 40 —

Dissolvez. (Pincus.)

(De une à trois cuillerées à café deux fois par jour en frictions sur le cuir chevelu.)

℞ Acide phénique.	1gr,20
Huile de ricin.	7 grammes.
Alcool à 90°.	90 —
Essence d'amandes amères.	0gr,24

M. s. a.

(Appliquer après avoir lavé, et agiter avant de s'en servir.) (Dühring.)

Ou en pommades :

℞ Acide lactique.	de 0gr,25	à 0gr,75
Acide borique pulvérisé. . .	de 2	à 3 grammes.
Axonge.	125	—
Huile d'olive.	5	—

M. s. a. (Pincus.)

Nous avons l'habitude d'associer ces acides soit aux lotions, soit aux pommades que nous prescrivons dans certains cas déterminés; nous employons l'*acide phénique* quand nous voulons combattre des démangeaisons rebelles (voir plus haut), l'*acide acétique* quand nous voulons exciter le cuir chevelu, pour tâcher de provoquer la repousse des cheveux; mais il faut se défier dans beaucoup de cas de ces actions un peu trop irritantes qui augmentent les afflux sanguins et les congestions du cuir chevelu.

5° Le *tannin*, l'*acide gallique*, l'*extrait de quinquina*, l'*alun*, le *sulfate de fer* ont rendu des services dans les cas de séborrhée fluente. L'*ichthyol* a été préconisé par beaucoup d'auteurs, mais son odeur est un obstacle à son emploi journalier. Cependant les savons à l'ichthyol sont assez communément employés par certains dermatologistes.

6° La *pilocarpine* et le *jaborandi* ont été surtout vantés dans les alopécies prématurées idiopathiques.

IX

Indications spéciales aux diverses variétés de séborrhée.

Nous allons, maintenant que nous connaissons les divers agents que l'on utilise dans le traitement local des séborrhées, essayer de préciser comment et quand on doit les prescrire, et surtout comment et dans quelles circonstances il est utile de les combiner entre eux.

A. — PITYRIASIS CAPILLITII (SÉBORRHÉE SÈCHE)

1° *S'il s'agit d'un homme*, il faut, quand c'est possible, lui faire couper les cheveux ras et l'engager à les porter ainsi pendant toute la durée du traitement : il leur laissera leur direction naturelle et ne les fera pas relever en brosse.

Si le cuir chevelu et les cheveux sont très secs, il mettra le soir sur le cuir chevelu, lorsque c'est utile (une fois, deux

fois, trois fois par semaine selon le degré de sécheresse de la tête et la persistance des pellicules), un peu d'une *pommade soufrée* simple (voir plus haut) que l'on formule avec de l'huile de ricin et du beurre de cacao si les cheveux sont fort secs, avec de la lanoline et de la vaseline par parties égales s'ils ne le sont pas beaucoup, avec de la vaseline simple s'ils ont de la tendance à s'encrasser.

Dans le cas où il y a des démangeaisons, on ajoute à la pommade soufrée un peu de *naphtol* et de *camphre* (de un dixième à un cinquantième), de la *résorcine* (de un centième à un cinquantième), ou de l'*acide phénique;* si les pellicules sont épaisses et adhérentes, de l'*acide salicylique;* si le cuir chevelu est atone et semble devoir être excité, de la *teinture de cantharides* ou de l'*acide acétique*.

Dès que le cuir chevelu est le moindrement sale, dès qu'il s'encrasse, dès que les cheveux se graissent, il faut procéder à un nettoyage. On tâchera de le faire avec de l'*éther de pétrole*. Si cette substance irrite la peau ou ne convient pas, on emploiera des *jaunes d'œufs* battus dans de l'eau ou de la décoction de *bois de Panama* et de *saponaire* additionnée d'un peu de savon au *goudron* et au Panama, ou de savon au *naphtol*. Il est parfois utile de faire ces lavages tous les jours ou tous les deux jours.

Si les démangeaisons sont fortes, on fera en outre, une ou deux fois par semaine, sur le cuir chevelu, une lotion avec du *polysulfure de potassium* (voir plus haut), ou bien avec du *coaltar saponiné*, ou bien avec du *sublimé* au quatre centième ou au six centième, ou bien avec du *naphtol* ou de l'*ammoniaque*.

Si les cheveux ont de la tendance à devenir gras, on essaiera de ne plus mettre de pommades, on prescrira des lotions deux ou trois fois par semaine à l'éther de pétrole seul, ou alternant avec une lotion à l'acide acétique, ou à l'ammoniaque, ou au coaltar saponiné, ou au sublimé, ou au polysulfure, etc., suivant les indications; si les cheveux deviennent trop secs avec ces lotions, on y fera mettre de temps

en temps un peu d'huile de ricin ou d'huile d'amandes douces mélangée à du rhum ou à de la *teinture de quinine*, de *romarin*, de *jaborandi*.

On pourrait aussi, dans ce cas, faire mettre de la pommade soufrée à la vaseline deux fois par semaine, et dès le lendemain matin nettoyer le cuir chevelu avec une des lotions siccatives que nous avons mentionnées.

2° *S'il s'agit d'une femme*, on ne met de pommade au soufre, à la résorcine, au naphtol, au tannin ou au mercure que lorsque c'est indispensable pour arriver à faire disparaître les pellicules, car il est fort difficile de lui tenir la tête parfaitement propre. Il est préférable d'employer chez elle les lotions.

Pour peu que la tête soit graisseuse, on prescrit l'éther de pétrole dont on fait, suivant les besoins, une, deux ou trois applications par semaine. Si l'éther de pétrole est mal supporté, on le remplace par une lotion à l'ammoniaque ou au coaltar saponiné. Au besoin, on fait les grands savonnages toutes les fois qu'ils sont nécessaires.

Si la tête est trop sèche, on met sur le cuir chevelu tous les deux ou trois jours un peu de vaseline, et on enduit de temps en temps les cheveux d'un mélange d'huile de ricin et de rhum ou d'un peu d'huile d'amandes douces.

B. — CROUTES GRAISSEUSES ABONDANTES DU CUIR CHEVELU

On nettoie le cuir chevelu toutes les fois que c'est nécessaire avec de la décoction de *saponaire* et de *bois de Panama* et un savon médicamenteux quelconque. Puis on prescrit la *lotion soufrée* (voir ci-dessus) toutes les fois que c'est possible. Quand ce traitement sèche trop les cheveux, on les enduit de temps en temps d'un peu d'huile. Si le malade ne peut pas consentir à avoir la tête constamment couverte de soufre, on peut ne lui faire appliquer la lotion soufrée qu'une ou deux fois par semaine pendant la nuit, et le lendemain matin, il savonne le cuir chevelu.

Si le malade refuse absolument de se servir de la lotion soufrée, on lui fait faire des frictions du cuir chevelu avec des mélanges siccatifs, par exemple :

℞ Acide lactique.	de 0gr,50 à 1 gramme.
Acide borique.	de 2 à 5 grammes.
Esprit-de-vin rectifié	40 —
Eau distillée.	220 —

M. s. a.

ou bien avec le mélange de borate de soude d'Hillairet (voir plus haut), ou bien avec un mélange boraté ou bicarbonaté, etc.

C. — HYPERIDROSE HUILEUSE DU CUIR CHEVELU

On fera des lavages avec des lotions alcalines au *borate de soude*, au *bicarbonate* ou au *chlorate de soude*, avec de la décoction d'*écorce de chêne alunée* ou non, avec des savons au *naphtol*, au *borate de soude*, à l'*acide salicylique*, etc., et l'on appliquera la *lotion soufrée*.

Si la lotion soufrée ne convient pas, on emploie des poudres inertes telles que l'*amidon* ou le *talc*, dans lesquelles on incorpore soit de l'*oxyde de zinc*, soit du *carbonate de bismuth*, du *carbonate de magnésie*, du *salicylate de bismuth* (de 5 à 10 p. 100), du *salicylate de soude* (de 3 à 10 p. 100), de l'*acide salicylique* (de 1 à 5 p. 100), du *soufre précipité* (de 2 à 20 p. 100), de l'*alun*, du *borate de soude* (de 1 à 5 p. 100), etc. Le lendemain matin, on savonne le cuir chevelu pour enlever ces poudres, puis on y passe soit de l'*éther de pétrole*, soit une solution alcoolique de *tannin* ou de *sulfate de quinine*.

D. — ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE CIRCINÉ DU CUIR CHEVELU

Toutes les fois que c'est possible et que le malade le supporte, on doit recourir aux badigeons de *teinture d'iode* fraîche. Si on ne peut s'en servir, on lave soigneusement la tête toutes les fois que c'est utile avec du savon au *goudron* ou du savon au

sublimé ; on fait une lotion quotidienne le matin avec une solution de sublimé au cinq centième, et on applique tous les soirs jusqu'à disparition de l'éruption sur les points malades, en frottant légèrement, de la pommade à l'*oxyde jaune* d'*hydrargyre* ou au *turbith minéral* au trentième ou au vingtième. Quand tout vestige d'éruption a disparu, on n'applique plus la pommade que deux fois, puis qu'une seule fois par semaine; mais il faut avoir soin de continuer pendant un certain temps encore les soins locaux, si l'on veut éviter des récidives presque immédiates.

Si les préparations mercurielles ne conviennent pas, on fait les lavages avec une solution d'*acide phénique* au centième ou avec du *polysulfure de potassium* liquide coupé d'eau chaude, puis on applique une pommade soufrée.

Voici pour terminer le procédé recommandé par Lassar : chaque jour il faut :

a) Frictionner vigoureusement la tête avec du savon au goudron pendant un quart d'heure;

b) Pratiquer ensuite des affusions d'abord chaudes, puis froides;

c) Faire une lotion avec une solution de sublimé au 500e;

d) Essuyer et frictionner le cuir chevelu avec une solution de naphtol au 200e;

e) Répandre sur la tête 25 grammes d'huile phéniquée et salicylée à 2 p. 100.

Il est évident que ce n'est guère là qu'un traitement d'hôpital, et qu'il faut, pour le prescrire, avoir affaire à des épidermes tout particulièrement résistants. Il nous a paru néanmoins intéressant de le signaler afin de bien montrer que nous croyons à la nature parasitaire de cet eczéma, et que nous estimons qu'il faut employer contre lui les meilleurs parasiticides cutanés que nous connaissons, en donnant la préférence à la teinture d'iode toutes les fois qu'elle est possible.

X

Folliculites dépilantes.

Les folliculites et péri-folliculites dans lesquelles le processus inflammatoire aboutit à la destruction totale du follicule pileux sont des plus nombreuses. Nous les avons, dans notre ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, divisées en deux groupes quelque peu artificiels, mais qui permettent jusqu'à un certain point d'en mieux concevoir l'ensemble :

1° *Les folliculites et péri-folliculites dépilantes disséminées* qui comprennent la plupart des dermatoses pustuleuses pouvant déterminer la suppuration du follicule, telles que la variole, la syphilis, et toutes les variétés d'acné, mais surtout l'acné ulcéreuse ou atrophique (nécrotique de Bœck, varioliforme des Allemands). Nous croyons avoir démontré que la kératose pilaire était essentiellement constituée par un processus analogue ; ces diverses affections sont étudiées dans des chapitres spéciaux ; aussi n'avons-nous pas à nous occuper ici de leur traitement.

2° *Les folliculites et péri-folliculites dépilantes agminées* qui comprennent des faits d'une complexité extrême, encore fort peu connus, très voisins des sycosis vulgaires et des acnés atrophiques, avec lesquels ils ont été confondus jusqu'ici, mais dont ils sont cliniquement distincts. Il est impossible à l'heure actuelle de dire s'ils reconnaissent des causes premières identiques, si ce sont de simples variétés objectives d'une seule et même affection, ou s'ils doivent être réellement considérés comme des entités morbides bien définies et spéciales. Ils ont comme caractères communs d'être constitués par un processus inflammatoire folliculaire et péri-folliculaire, par une destruction définitive de la papille pileuse aboutissant à l'alopécie et à un état d'atrophie de la peau plus ou moins accentué, parfois à une induration plus ou moins kéloïdienne des tégu-

ments : ce sont les alopécies cicatricielles innominées de E. Besnier.

Comme nous ignorons encore à peu près complètement ce que l'on peut faire d'utile dans ces formes morbides, nous serons des plus brefs à leur sujet.

La kératose pilaire semble pouvoir aboutir à la production de plaques alopéciques cicatricielles irrégulières répondant comme aspect aux types cliniques dont nous parlons; leur étude ressortit à la *Kératose pilaire*.

A. — Nous avons décrit en 1885 et 1888, sous le nom de *pseudo-pelade*, des faits dont beaucoup d'auteurs ont nié la réalité et qu'ils ont rattachés, les uns à des favus méconnus, les autres à la pelade ordinaire. Le processus morbide est caractérisé dans ces cas par une fort légère tuméfaction et une fort légère teinte rosée autour du poil atteint; cette tuméfaction et cette teinte rosée peuvent même ne pas être appréciables. Si l'on exerce une légère traction sur le poil intéressé, il vient avec la plus grande facilité et il est presque toujours enveloppé d'une gaine blanchâtre épaisse, semblable à celle d'un poil atteint de favus. Lorsqu'il a été enlevé ou qu'il est tombé spontanément, le processus inflammatoire se calme, mais il a produit l'atrophie complète de la papille, et la calvitie est définitive : le cuir chevelu est blanc, lisse, comme éburné, souvent déprimé, cicatriciel d'aspect. Les plaques atrophiques n'ont pas de forme régulière; le processus morbide envoie des prolongements des plus bizarres çà et là dans les régions saines; il y a même souvent de petites plaques disséminées au loin autour des foyers principaux. Les divers essais de culture qui ont été tentés jusqu'ici, sans grand esprit de suite il est vrai, n'ont donné aucun résultat satisfaisant.

Nous conseillons jusqu'à plus ample informé d'*épiler*, quand c'est possible, tout autour des plaques en empiétant de 7 à 10 millimètres sur les tissus sains. On fera des lotions quotidiennes de *sublimé* au millième ou au cinq centième, si le malade peut les supporter, et on appliquera sur tous les points malades des pommades au *turbith minéral* ou à l'*oxyde*

jaune au trentième, au vingtième ou au quinzième. — Si cette médication ne réussit pas, on aura recours aux préparations *soufrées*, et en particulier aux pommades que nous recommandons depuis longtemps dans l'acné et qui renferment des doses relativement élevées de soufre, de *savon noir*, de *résorcine*, de *camphre* et de *naphtol*.

B. — Lailler et Robert, puis Quinquaud, ont décrit sous le nom d'*acné décalvante*, de *folliculite épilante ou décalvante*, un autre type morbide caractérisé au point de vue objectif par des folliculites suppurées, par des sortes d'abcès miliaires du volume moyen d'une tête d'épingle, du centre desquels émerge un poil qui s'arrache avec facilité. Le poil est détruit très vite et tombe bientôt spontanément; il ne repousse pas, et le processus inflammatoire produit l'atrophie définitive du follicule pileux et de ses annexes. Aux points atteints, lorsque la maladie a évolué, le cuir chevelu est lisse, d'un blanc mat, comme atrophié, aminci et déprimé. Il a parfois un aspect cicatriciel, et rappelle les cicatrices laissées par le favus. Les plaques alopéciques sont irrégulières, de grandeurs variables, disséminées çà et là dans le cuir chevelu. Les éléments éruptifs ont de la tendance à se grouper en foyers; cependant ils restent toujours distincts les uns des autres. Quinquaud a décrit un microcoque qu'il a trouvé dans les pustules et qu'il considère comme pathogène. Ce type a, comme on le voit, beaucoup de points de ressemblance avec l'acné atrophique.

Quinquaud a préconisé la médication suivante : 1° nettoyer avec soin le cuir chevelu en le lavant à l'eau savonneuse; 2° badigeonner tous les dix jours les régions malades et les régions avoisinantes avec de la teinture d'iode; 3° lotionner tous les matins les plaques avec le liquide suivant :

℞ Biiodure d'hydrargyre.	0gr,15	
Bichlorure d'hydrargyre	1 gramme.	
Alcool à 90°.	60	—
Eau distillée	500	—

M. s. a.

En cas d'insuccès de cette médication, nous conseillerions d'avoir recours aux pommades *soufrées* pures, ou aux pommades soufrées additionnées de *savon noir* ou de *résorcine* comme celles que l'on emploie contre l'acné, ou encore aux emplâtres à l'*ichthyol* soufré ou à la *résorcine*.

C. — Nous devrions maintenant parler des diverses variétés de folliculites de la barbe qui s'accompagnent d'alopécie plus ou moins marquée avec transformation des téguments en tissu de cicatrice plus ou moins induré, et en particulier de ce type morbide si étrange à marche lente extensive auquel nous avons donné le nom de sycosis lupoïde. Contentons-nous de dire que les procédés qui nous ont donné les moins mauvais résultats ont été les pulvérisations prolongées faites avec des *eaux sulfureuses*, les applications de *barégine* et de pommades soufrées (voir ci-dessus), les cautérisations ignées à l'*électro-cautère*, les *scarifications* linéaires quadrillées suivies de lotions au *sublimé* et d'applications de *pommades* ou d'*emplâtres hydrargyriques*, enfin les badigeonnages avec des solutions de *pyoktanine* variant comme titre de un centième à un vingt-cinquième.

II

TRAITEMENT DE LA PELADE

PAR

R. SABOURAUD

I

Avant-propos. — Définition symptomatique sommaire. — Origine parasitaire de la maladie. — Division.

De même que les alopécies consécutives aux grandes maladies infectieuses sont les meilleurs exemples que l'on puisse prendre des alopécies diffuses, la pelade est le type des alopécies localisées. Et tandis que des alopécies diffuses, — similaires comme symptômes et comme marche — peuvent suivre des infections très diverses, au contraire, les aires alopéciques de la pelade sont tout à fait spéciales à cette maladie, dont elles forment le principal symptôme. Avec l'étude de la pelade, nous quittons par conséquent l'étude d'un syndrome pour entreprendre celle d'une entité morbide dont la spécificité et l'autonomie semblent absolues.

La pelade (*Area Celsi — Alopecia areata*) est une maladie de toutes les régions pilaires du corps. Elle est caractérisée par une ou plusieurs *taches circulaires glabres* apparaissant en un point quelconque, le plus souvent au cuir chevelu ou à la barbe. A leur surface, les cheveux sont éliminés progressivement et spontanément jusqu'à ce qu'il n'en reste plus trace. Sur toutes les taches circulaires ainsi déglabrées, la peau est

devenue lisse et brillante. Ces taches, après un stade d'extension, deviennent ordinairement stationnaires et marchent spontanément vers la guérison. Mais il est très fréquent et presque de règle de voir dans la suite de nouvelles taches survenir, car *un des principaux caractères de la maladie est d'être récidivante*. Bien traitée, la pelade guérit, et une prophylaxie sévère peut atténuer les récidives ou les empêcher de se reproduire.

Non traitée, la maladie peut guérir de même, mais il est malheureusement fréquent de voir, après des récidives graves, s'établir une pelade généralisée chronique à peu près incurable et définitive.

N'ayant à parler ici que de la thérapeutique de la pelade, nous bornerons à ce simple exposé le tableau général de la maladie. Et nous pouvons d'autant mieux en agir ainsi que nous aurons lieu plus loin d'examiner chacun de ses symptômes en détail, à propos du traitement qu'ils commandent.

Avant l'étude du traitement de la pelade, il importe bien plus d'exposer ce que l'on sait à l'heure présente des origines de la maladie, maintenant surtout que la thérapeutique, rompant avec des habitudes traditionnelles, s'efforce d'atteindre au delà du symptôme la cause même de la maladie.

La pelade est une maladie contagieuse, donc parasitaire. C'est là un des faits majeurs que l'école dermatologique française (Besnier, Brocq) a pu mettre hors de doute et qui est presque unanimement accepté en France, quoique discuté encore à l'étranger.

Les divergences d'opinion relèvent à ce sujet de trois causes différentes et propres à éclairer l'étiologie et la pathogénie de la maladie : nous les résumerons brièvement.

1° La pelade est moins fréquemment rencontrée à l'étranger, partant moins connue qu'en France.

2° Souvent la filiation *directe* des cas de la pelade reste obscure.

3° Le mode habituel de la transmission du contage crée des cas sporadiques plus souvent que les grandes épidémies

en foyers qui sont la démonstration péremptoire d'une contagion.

1° Nous venons de le dire, la pelade procède habituellement par cas en apparence isolés, sporadiques. Il faut donc beaucoup d'exemples de pelade pour constater *d'indéniables transmissions*. A Paris, dans le très grand nombre des faits observés, la filiation directe de beaucoup d'entre eux se démontre manifestement. Mais ces cas démonstratifs sont encore l'exception ici même. Partout où les cas de la maladie sont moins fréquents, les cas démonstratifs seront plus rares encore, et l'origine de presque tous demeurera inconnue.

Prenons une comparaison qui éclairera notre argument. A Paris, le favus est rare et sporadique. Supposons un instant que nous ignorions sa cause parasitaire, une discussion analogue pourrait s'ouvrir sur sa nature contagieuse ou non contagieuse. En Allemagne, où le favus est fréquent, on citerait mille exemples de contagion évidente qui pourraient nous laisser indécis.

La pelade en est très exactement à ce point. Elle est rare en Allemagne, fréquente à Paris, et nos cas évidents de contagion n'éclairent pas les observateurs allemands parce qu'ils ne les ont pas vus, *parce qu'ils ne peuvent pas les voir*.

2° La plus importante cause d'erreur sur ce sujet, il faut bien le dire, est plus générale. Elle provient d'une faute de logique que la théorie parasitaire a rencontrée devant elle à chaque pas en avant, et dans laquelle tous ses adversaires sont successivement retombés.

Cette faute consiste à donner dans la discussion une valeur égale au fait *positif* et au fait *négatif*.

Or, dans la pelade, précisément, les faits négatifs, — ceux dans lesquels la transmission directe de la maladie ne peut être relevée, — sont les plus nombreux.

Rigoureusement que prouvent-ils? Ils prouvent que dans ces cas et quelle que soit d'ailleurs l'origine de la maladie, cette origine *n'a pas pu être établie?*

Mais que pourraient dix mille faits négatifs semblables

contre un certain nombre de faits positifs bien observés? Si l'on admet au préalable qu'il s'agit bien toujours de la même maladie, le fait positif prouve la contagion, les faits négatifs prouvent seulement qu'il n'est pas possible de la retrouver toujours.

Une seule pelade familiale ébranlera et une seule épidémie de collège ou de caserne ruinera la théorie de non-contagion de la pelade. Or, ces épidémies, à l'hôpital Saint-Louis, on les constate dix fois par an depuis dix ans.

Que conclure, sinon que la pelade est contagieuse, les conditions nécessaires et suffisantes de la contagion restant seules à déterminer.

Nous avons derrière nous, pour parler ainsi, l'exemple semblable de vingt maladies parasitaires dont la contagiosité a été tenue longtemps pour douteuse : la septicémie puerpérale, l'érysipèle, la pneumonie, la tuberculose, la morve, le charbon... et les teignes cryptogamiques, et la gale.

Et toujours, comme aujourd'hui, la critique s'est abritée derrière cet argument essentiellement invalide : *que la contagion ne s'observait pas toujours.*

De même Louis écrivait : « La fièvre typhoïde semble contagieuse, *au moins dans les villes.* »

De même des auteurs actuels, sans attaquer l'unicité de la pelade, refusent d'admettre la transmission de la pelade *urbaine* en reconnaissant contagieuse la pelade de l'*armée!*

3° Les adversaires de la contagion de la pelade objectent un autre argument, qui, au premier examen, semble plus sérieux : c'est le caractère ordinairement sporadique de la maladie.

« Voici, disent-ils, une maladie contagieuse, et cependant les cas de contagion s'observeront rarement dans la famille où pourtant les contacts sont continus. Elle se transmettra exclusivement entre gens qui n'ont entre eux aucun rapport, aucun contact, d'un seul individu à un seul autre individu en vingt familles différentes. Si la pelade est contagieuse, comment n'est-ce pas d'abord dans la famille que cette contagion s'exercera? »

A cette objection, un nombre immense de faits nous permet

de répondre : *que les instruments du coiffeur sont presque les agents uniques de transmission du contage, sans doute parce qu'eux seuls peuvent créer les effractions nécessaires à la pullulation du contage dont ils sont souillés.*

Quand le récolement de centaines d'observations (qui semblent calquées les unes sur les autres) arrive à démontrer ce point primordial ; quand, par exemple, dans un centre comme l'hôpital Saint-Louis, on voit des séries de peladiques d'un même quartier et que l'observation mentionne le même coiffeur commun à tous... alors on s'explique les mœurs spéciales de la pelade au point de vue de la dissémination *prétendue sporadique.*

D'abord on s'explique les épidémies de collège et les épidémies de caserne. Là, comme ailleurs, c'est le coiffeur commun qui crée les inoculations une par une, mais, dans ces cas, les individus contaminés demeurent ensemble ; alors la pelade prend les allures d'une épidémie en foyer.

Dans la ville, au contraire, le coiffeur est commun à des foules de gens qui ne se rencontrent que chez lui. Un seul coiffeur pourra créer une épidémie urbaine si nombreuse qu'on la voudra supposer. Comme les individus contaminés vivent tous séparément, chacun des cas ne pourra jamais apparaître que sporadique. Et comme très peu d'actes de la vie familiale peuvent causer des effractions du cuir chevelu semblables à celles du rasoir et de la tondeuse, les épidémies familiales demeureront cependant fort rares. Et c'est ainsi que chaque cas de pelade sera en apparence, mais en apparence seulement, isolé.

Il suffit. Pour expliquer, ne fût-ce que vingt cas de pelade consécutifs dans une caserne ou dans une école, il n'y a pas d'autre hypothèse possible que celle de la contagion. Or, toute maladie qui se propage d'un individu à un autre suppose une *cause active, capable de se multiplier, de se reproduire.* C'est là ce que nous appelons un *être vivant*, et, dans le cas, *un parasite.*

Cette notion étiologique dominera forcément tous les chapitres qui vont suivre. Car elle dictera notre étude prophylac-

tique entièrement et aussi toute la thérapeutique de la maladie, sous les réserves que nous feront faire la pratique empirique, l'expérience médicale.

Nous allons maintenant étudier dans un premier paragraphe la thérapeutique générale de la pelade, — d'abord de la pelade extensive, ensuite de la pelade stationnaire; cette thérapeutique comprenant trois points :

α) La limitation de la plaque;

β) Le traitement de la plaque;

γ) La prophylaxie locale qui sauvegardera les parties saines de la chevelure.

Prenant ensuite le détail même de notre sujet, les cas particuliers et les indications qu'ils comportent, nous étudierons :

1° La petite plaque peladique à son début;

2° La pelade à cheveux fragiles;

3° La pelade en aires multiples;

4° La pelade totale aiguë bénigne;

5° La pelade à récidives perpétuelles;

6° La pelade de la barbe;

7° La pelade des sourcils et des cils;

8° La pelade décalvante totale, chronique.

En dehors de cette étude purement thérapeutique, nous traiterons en dernier lieu le point spécial de la prophylaxie à laquelle oblige cette maladie :

A. — Dans la ville;

B. — Dans l'école;

C. — Dans la famille.

II

Généralités sur le traitement de la pelade. — Pelades extensives, pelades stationnaires. — Limitation de la pelade extensive. — Traitement de la plaque peladique. — Prophylaxies des régions réputées saines.

Au point de vue thérapeutique, la plus essentielle différence qui existe entre les pelades est celle des plaques « ex-

tensives », en augment actuel, et des plaques « atones », de dimensions stationnaires.

A. — TRAITEMENT DES PELADES EXTENSIVES

1° Une plaque de pelade est en extension actuelle quand elle présente sur son pourtour une couronne de cheveux *morts, fragiles* ou *massués.*

Les cheveux *morts* viennent en totalité à la main sans résistance, sans douleur pour le malade.

Les cheveux *fragiles* cassent à quelques millimètres au-dessus de la peau.

Les cheveux *en forme de massue* sont des tronçons de cheveux fragiles, demeurés en place et qui, de haut en bas, présentent une métamorphose régressive du cheveu adulte en follet.

Toutes les fois qu'une plaque de pelade présente ces symptômes, elle est en extension à l'heure présente.

Et la première indication est d'enrayer son extension.

Or, l'expérience clinique, en dehors de toute considération doctrinale, montre que l'*épilation* large de la bordure des plaques malades est le meilleur moyen d'enrayer la marche progressive de l'alopécie (E. Besnier).

Cette épilation ne doit pas comprendre que les seuls cheveux malades : morts, fragiles, massués, mais bien aussi les cheveux sains, sur une largeur d'un centimètre environ autour des points malades. C'est là une séparation artificielle entre le mort et le vivant. C'est la tranchée que l'on pratique pour limiter l'incendie d'une forêt.

Quelques considérations sur l'importance pronostique et thérapeutique du cheveu peladique vrai de la pelade, du cheveu massué, doivent trouver ici leur place. Car la présence et le nombre de ces cheveux dictent en quelque sorte mathématiquement au médecin la conduite à tenir en présence d'une pelade envahissante.

Avant que le poil ne tombe, sa racine est le siège d'une

altération progressive, *la papille* qui lui donne naissance meurt, et elle *meurt lentement*. Il s'ensuit qu'avant de perdre son adhérence, le cheveu, dans sa partie sus-radiculaire la plus récente, est altéré. D'abord le cheveu est fragile; il casse à 4 ou 5 millimètres de la peau. La partie du cheveu restée adhérente à la peau continue de vivre, mais sa vie s'éteint progressivement. La papille qui le faisait poil adulte ne le forme plus que follet, dépourvu de pigment, dépourvu de moelle.

C'est ce reste de cheveu, dont la forme est exactement celle du point d'exclamation d'imprimerie (!), que l'on appelle le cheveu peladique.

Après un temps, la papille meurt tout à fait et le poil peladique est expulsé. L'existence de ce symptôme est donc momentanée. Et le nombre de ces cheveux spéciaux autour d'une plaque peladique permet de diagnostiquer rétrospectivement la rapidité de l'envahissement récent d'où l'on peut pronostiquer la gravité à venir de la maladie. C'est dire enfin, par corollaire, quelle indication de traitement léger ou intensif ce symptôme fournit par lui-même.

Là donc où la ceinture de poils massués sera épaisse autour d'une plaque peladique, la rapidité de l'envahissement est excessive et le traitement devra être plus sérieux. En conséquence, dans ces cas, on fera la bordure d'épilation plus large autour de la plaque, sous peine de ne pas enrayer le processus d'extension de la maladie.

La première indication du traitement d'une pelade, la limitation de la plaque par l'épilation de sa bordure, est de toutes choses la plus nécessaire. La dimension et la forme de la bordure sont commandées par le nombre et la disposition des cheveux peladiques que la plaque présente. Cette épilation est d'autant plus nécessaire et sera faite d'autant plus large que la plaque a grandi plus vite, c'est-à-dire qu'elle porte plus de cheveux peladiques à son entour.

Elle sera pratiquée méthodiquement à la pince, sans laisser passer ni une racine courte ni un follet.

Elle aura au moins un demi-centimètre de large.

2° La deuxième indication thérapeutique est le traitement de la plaque peladique elle-même.

Ici deux opinions divisent les auteurs.

Les uns, partisans convaincus, mais aveugles, de l'étiologie microbienne de la maladie, appliquent à la surface de la plaque déglabrée les antiseptiques les plus divers.

Les autres, qui peuvent croire comme les précédents à l'origine parasitaire de la maladie, mais qui, dans le traitement, ne considèrent que les résultats, se contentent d'irriter la surface de la plaque déglabrée par un moyen artificiel quelconque. Je n'hésite pas, pour ma part, à me ranger parmi ces derniers, et j'ai pour cela deux raisons.

La première est une raison de pratique et dispenserait à la rigueur de la seconde : aucun antiseptique ne donne, dans le traitement de la pelade, des résultats concluants. Au contraire, il est certain et de confirmation quotidienne que l'irritation permanente de la plaque déglabrée hâte la repousse des cheveux à sa surface. Assurément, certains antiseptiques peuvent donner des résulats équivalents; c'est à proportion de l'irritation tégumentaire qu'ils provoquent.

La seconde raison qui fait conseiller les agents irritants plutôt que les antiseptiques est d'ordre histologique.

Les lésions que l'on rencontre dans la pelade témoignent d'un trouble profond de la nutrition locale ou (en tenant compte de la nature certainement microbienne de la maladie) d'une intoxication profonde des tissus frappés.

Quelles sont, en effet, les lésions histologiques de la pelade?

En dehors de la disparition *absolue* de beaucoup de follicules pilaires et de l'hypertrophie consécutive de leurs glandes sébacées annexes, voici ce que j'ai trouvé constamment dans les trente-deux examens biopsiques que j'ai pratiqués.

A. — Tous les vaisseaux sous-jacents à la plaque sont entourés d'un manchon de cellules migratrices.

B. — Tous les follicules pilaires demeurés en place sont contournés, difformes et ne présentent plus que les rudiments des papilles pilaires normales.

C. — Ces papilles elles-mêmes, impuissantes à former des poils normaux, sont, en quelque sorte, frappées d'*ataxie*. Leurs cellules répandent autour d'elles le pigment qui devait être le pigment du cheveu normal.

D. — Le pourtour des follicules est criblé de cellules migratrices; presque toutes sont des leucocytes mononucléaires et des cellules à granulations basophiles (*Mastzellen* d'Ehrlich). Il n'y a pas parmi elles de cellules phagocytaires.

E. — Ces cellules à granulations basophiles sont innombrables dans toute l'épaisseur du derme et de l'hypoderme de la plaque malade.

F. — Enfin, dans toute la surface de la plaque, l'épiderme est frappé aussi, et sa couche profonde ne sécrète plus le pigment normal de la peau.

Or, si l'on raisonne un peu la cause possible de telles lésions, on se rend facilement compte qu'aucune d'entre elles n'est le témoignage d'une pullulation microbienne actuelle; que toutes indiquent une intoxication survivant à l'infection parasitaire que nous avons été forcé de supposer au début de la maladie.

Les manchons péri-vasculaires se retrouvent dans les intoxications métalliques cutanées : bromisme, iodisme (Darier).

La papille existe encore : elle ne forme plus de cheveux. Ses cellules encore actives sont inaptes à remplir leurs fonctions normales.

Les *Mastzellen* sont, partout où on les rencontre, l'indice d'un trouble de nutrition locale.

Enfin l'épiderme lui-même montre qu'il participe à l'inhibition de tous les organes de la peau. Il ne sécrète plus sa couche pigmentaire.

Ainsi donc : empoisonnement local, cellules atones, stupéfiées, fonctions suspendues et non détruites, voilà ce que montre l'histologie.

Mais alors, l'action des topiques irritants n'est-elle pas facile à comprendre? Toute irritation locale qui causera une diapédèse intense hâtera la répurgation cellulaire. Tout mou-

vement cellulaire favorisera l'issue des poisons stagnants. Toute élimination des poisons locaux hâtera la reprise de la vie cellulaire normale... et la reformation des cheveux.

Et l'on se demande ce que pourrait faire à de telles lésions l'application sus-tégumentaire d'antiseptiques anodins.

Cependant, comme il est fréquent de trouver autour de lésions vieilles des traces indiscutables d'extension récente, supposée parasitaire, on ne saurait sans danger négliger l'antisepsie locale. Aussi faut-il conjuguer dans ces cas les deux méthodes thérapeutiques jugées plus haut. Elles ne sont d'ailleurs nullement contradictoires : le sublimé dans l'alcool au vingtième ou au trentième, ou bien l'acide phénique cristallisé sont des irritants violents et des antiseptiques valables tout à la fois.

Certains auteurs, en conseillant les topiques irritants sur les plaques peladiques, veulent une irritation légère, intermittente, renouvelée fréquemment. Il m'a semblé, au contraire, que les résultats thérapeutiques étaient d'autant meilleurs que l'irritation locale était plus *vive*, plus *soutenue*, plus *constante*. Et la seule extrémité qu'il ne faille pas atteindre, c'est la suppuration ou l'ulcération dermique qui serait suivie de cicatrices.

On comprend aisément, d'ailleurs, que le choix du topique soit à faire suivant la sensibilité du malade, le nombre et la dimension des plaques déglabrées et leur surface d'absorption, au cas où le médicament employé est toxique, suivant, enfin et surtout, le degré d'intelligence du malade s'il doit se traiter lui-même.

Nous ne passerons pas en revue tous les médicaments irritants qu'on peut employer. Le nombre de ceux qui ont été préconisés est infini. Nous croyons, au contraire, qu'on peut, avec avantage, limiter ce nombre à quelques topiques dont on peut graduer à volonté l'énergie.

Ce sont l'*acide acétique*, l'*acide phénique*, le *sublimé*, la *teinture de cantharides*, et quelques *emplâtres mercuriels* dont le type est le *sparadrap de Vigo*.

Donnons quelques exemples de formules fortes et faibles auxquelles il sera facile d'imaginer des intermédiaires.

PRÉPARATIONS TRÈS ACTIVES

1° Acide acétique cristallisable pur . .

2° { Acide phénique crist. . . . . 9 grammes.
Glycérine . . . . . 1 —

3° { Sublimé . . . . . 1 gramme.
Alcool à 90°. 10

4° Vésicatoire liquide. { Teinture de cantharides. / Chloroforme. . . . . / Teinture de romarin . . } parties égales.

5° Emplâtre de Vigo laissé en permanence jusqu'à rubéfaction ou pustulation légère.

PRÉPARATIONS FAIBLES

1° { Acide acétique crist. . . . . 1 à 5 grammes.
Chloral. . . . . 5 —
Éther officinal . . . . . 30 —

2° { Sublimé 0gr,50
Alcoolat de lavande. . . . . 100 grammes.

3° Vésicatoire liquide additionné de cinq fois son volume de chloroforme.

Les préparations acétiques sont très commodes à cause de leur innocuité, de leur maniement facile, de la très passagère douleur qu'elles causent au malade.

L'irritation fournie par le sublimé au vingtième par exemple est beaucoup plus profonde, plus stable, mais plus douloureuse; de même celle qu'on obtient avec l'*ammoniaque* ou avec les *essences* diverses (*cannelle*, *wintergreen*, *térébenthine*), qui exposent en outre plus qu'aucun topique irritant à des érythèmes médicamenteux.

Nulle irritation bénigne n'est plus durable que celle du vésicatoire, car un mois après son application, la plaque garde encore une rougeur vive, indice d'une congestion locale demeurée intense.

C'est dire à quel traitement vont nos préférences toutes les fois que le malade est particulièrement désireux de guérir

vite, que la lésion est petite ou moyenne, enfin quand le malade ne peut pas consacrer à son traitement le temps quotidien que les moyens anodins demandent.

Nous résumerons la deuxième indication du traitement de la pelade, c'est-à-dire le traitement de la plaque peladique elle-même, par ces mots de notre regretté maître E. Vidal : « Il faut que la plaque peladique soit *toujours légèrement rouge et légèrement douloureuse au toucher.* »

3° La troisième indication du traitement de la pelade est la prophylaxie des parties saines.

Quand on se trouve en présence d'une plaque peladique, rien n'est plus à redouter que d'en voir naître sur le porteur une seconde et beaucoup d'autres après, — et même longtemps après la première.

Ce sont toujours les mêmes malades peladiques qui, d'année en année, reviennent à l'hôpital Saint-Louis ou retournent à leur médecin consultant.

Quand on étudie au hasard l'histoire clinique de vingt pelades, douze à quinze sont des récidives, des deuxième, troisième, vingtième récidives, les attaques étant souvent séparées par des années d'intervalle entre elles.

Le plus souvent, c'est huit ou dix semaines après la plaque primitive que surviennent des plaques nouvelles. Plus rarement, c'est après un an ou deux, plus rarement encore après dix ans ou davantage.

Mais de l'ensemble de ces faits il résulte néanmoins qu'un cuir chevelu est en quelque sorte, une fois pour toutes, entaché, *endémiquement* atteint par la pelade, comme une ville une fois souillée de diphtérie ou de fièvre typhoïde peut l'être pour cinquante ans ou pour des siècles.

Ces faits montrent l'importance de la prophylaxie des parties saines chez les peladiques.

Mais comment cette prophylaxie peut-elle être faite?

Il faut se représenter le cuir chevelu avec ses cheveux, et ses orifices glandulaires, par rapport à la dimension du parasite causal, quel qu'il puisse être, pour comprendre ce que

nous venons de dire sur l'endémicité de la pelade en certains cuirs chevelus et pour comprendre aussi la difficulté d'une antisepsie qui devrait être, pour être utile, l'équivalent de l'antisepsie chirurgicale de la peau... Il faudrait, pour une antisepsie rigoureuse, les cheveux ras, les savonnages et les lotions indéfiniment répétés, les pansements humides permanents.

Or, fera-t-on couper la chevelure d'une femme pour une tache peladique de 3 centimètres de diamètre?

Puisque l'antisepsie rigoureuse et totale du cuir chevelu est impossible, il faut voir du moins comment on peut, en fait, la pratiquer le moins insuffisamment possible.

Le cuir chevelu est gras. Il faut donc que l'excipient de l'antiseptique soit une graisse ou un dissolvant des graisses. Il faut aussi un antiseptique puissant. Je conseille souvent la formule suivante qui m'a donné de bons résultats jusqu'ici :

℞ Acide acétique	4	à	8	grammes.
Bichlorure de mercure. . . .	0gr,20	à	0gr,40	
Alcool à 90°.			100	grammes.
Éther officinal			50	—
Alcoolat de lavande.			50	—

M. s. a.

Cette liqueur contient du sublimé au millième, à la dose de la liqueur de van Swieten, mais elle est acétifiée. Et on sait que les solutions sublimées acides sont beaucoup plus actives comme microbicides que les solutions sublimées neutres. Enfin l'excipient est alcoolique et éthéré.

Je conseille cette friction biquotidienne, faite sur les parties saines à la brosse. La brosse qui passe le mieux entre les cheveux longs est la brosse à dents commune.

Cette friction est au moins aussi importante que le traitement même de la plaque malade. Car, sans traitement, la plaque malade guérit d'ordinaire, mais sans désinfection générale du cuir chevelu, la plaque peladique est suivie de plaques nouvelles dans les deux tiers des cas environ.

Cette désinfection est commencée en même temps que le traitement des lésions existantes; elle doit être poursuivie bien

après la guérison apparente, six mois, un an plus tard, et reprise chaque année quelques semaines. Il est inutile d'ajouter que, pour un traitement aussi prolongé, le sublimé ne sera pas l'antiseptique unique et nécessaire. Souvent, d'ailleurs, dans la prophylaxie comme dans le traitement des pelades, le changement des topiques est utile et donne de meilleurs résultats qu'un traitement uniforme longtemps continué.

B. — TRAITEMENT DES PLAQUES PELADIQUES ATONES, STATIONNAIRES

La plus grande partie des généralités que nous venons d'énoncer à propos des pelades extensives reste vraie en ce qui concerne les pelades en larges aires stationnaires, d'allures lentes, immobiles, qui demeurent de longs mois sans amélioration comme sans augment.

Les faits que présentent ces sortes de pelades sont de deux ordres différents.

1° Dans les unes, il est facile de retrouver sur les bords des plaques atones depuis des mois ou des années, un, deux, ou trois îlots de cheveux fragiles indiquant nettement que la permanence de la maladie est due à une permanence de sa cause active. Et souvent, même parmi les follets lanugineux de repousse qui les couvrent, on retrouvera des îlots de cheveux morts détachés de leur base, sans adhérence à la papille.

Donc la pelade chronique, autant que l'étude actuelle peut en savoir, n'est pas ordinairement une lésion survivant à sa cause microbienne initiale, mais une lésion microbienne chronique et permanente entretenue par de permanentes réinoculations de même siège. C'est, nous le verrons, le mécanisme de la décalvante chronique, mais ici la décalvante est localisée.

De telles remarques dictent le traitement.

Les épilations de bordure sont nécessaires partout où les cheveux fragiles sont rencontrés.

2° A côté de ces pelades atones sur lesquelles on retrouve persistantes les lésions habituelles aux pelades extensives, il

y a vraiment des plaques peladiques anciennes ne présentant aucun cheveu massué de leur bordure, aucun follet fragile ou décoloré à leur surface, par conséquent aucun signe accusant la permanence de la cause nocive et sur lesquelles cependant la repousse des cheveux normaux tarde indéfiniment à se produire.

L'histologie explique ces cas par le trouble de nutrition profond dont les lésions cellulaires témoignent [1].

Il se peut donc que les tissus frappés demeurent quelquefois torpides pendant de longs mois, bien que l'action première de la cause morbide n'ait été que passagère.

C'est dans de pareils cas que la suractivité cellulaire provoquée par une irritation locale est indiquée. Tout moyen de provoquer localement la diapédèse sera bon : une brûlure, une ventouse... ce qui importe étant de hâter la répurgation cellulaire momentanément inhibée.

Ces pelades « immobiles », sans témoignage visible d'une permanence de la cause peladogène, sont fort rares. Je ne crois pas qu'elles fassent le dixième du nombre des plaques dites atones et demeurées permanentes depuis des mois ou des années.

Si nous voulons maintenant résumer en quelques formules les généralités que nous venons d'exposer, nous pouvons dire :

Toute pelade quelconque présente toujours trois indications de traitement.

a) *La limitation des plaques existantes* par une large bordure d'épilation artificielle, les points d'extension des plaques étant signalés par l'existence des cheveux fragiles.

b) *La prophylaxie générale des parties restées saines* par des nettoyages et une antisepsie continue.

c) *Le traitement propre des plaques* malades par des antiseptiques *à doses irritantes*.

1. Dans ces cas, les *Mastzellen* péri-vasculaires (cellules à granulations basophiles d'Ehrlich) sont réellement innombrables.

III

Traitement de la petite plaque peladique à son début.

Donc le meilleur traitement, le seul traitement efficace connu de toute pelade, c'est l'irritation artificiellement provoquée, par un moyen quelconque du reste, de la partie du tégument devenu chauve.

Ainsi condensé, ce traitement peut sembler simple; nous allons voir cependant que, pour le médecin soucieux de la rapidité de ses résultats, le traitement de chaque pelade demandera des interventions bien différentes.

Prenons d'abord le cas d'une plaque peladique petite, débutant sur un point quelconque du cuir chevelu. Très peu d'auteurs décrivant les symptômes de la pelade à cette époque, nous sommes forcé de les exposer tout d'abord.

Depuis quelques jours le malade s'est bien aperçu qu'il perdait quelques cheveux, mais sans en savoir la cause, lorsque quelqu'un lui fait remarquer sur son cuir chevelu une *tache claire*. Le début de la maladie est donc essentiellement insidieux.

Il manquerait absolument de tout symptôme fonctionnel n'étaient les *démangeaisons* qui précèdent d'une semaine environ l'apparition de la tache, et que presque tous les malades signalent quand on veut bien les interroger à ce sujet.

Examinons la lésion à son premier début.

Elle se présente parmi les cheveux sains comme ce qu'aurait produit au milieu d'eux un coup de ciseaux donné au hasard.

D'abord, les cheveux sur cette plaque sont moins nombreux que sur les parties voisines, mais, de plus, ceux qui demeurent encore en place sont cassés à divers points de leur longueur.

Si l'on examine la plaque plus attentivement, on observe alors :

1° Entre les cheveux encore en place, des *orifices pilaires vides*. Ils sont gros et souvent dilatés par du sébum accumulé. Souvent aussi ils contiennent un résidu pilaire dans leur orifice.

2° Parmi les cheveux encore en place, de courts *tronçons peladiques* en forme de points d'exclamation.

3° Enfin *des cheveux paraissant absolument sains*, mais de diverses longueurs.

Quand on essaie à la traction entre les doigts la résistance de ces cheveux, ils viennent tous à la main, et leur épilation indolore laisse la plaque peladique, ronde, chauve, alors seulement constituée.

Quand une intervention de cette sorte ne la crée pas ainsi, cette plaque glabre se fait plus lentement et spontanément, mais aussi sûrement. Elle apparaît chauve quelques jours plus tard.

Si j'insiste sur la description clinique de la pelade à ce stade si peu connu, c'est que le patient, à ce moment, a le plus grand intérêt à ce que le diagnostic précis soit posé de suite; il peut, en effet, retirer le plus réel profit d'une intervention thérapeutique immédiate. Quelle doit être cette intervention? C'est ce qu'il nous faut examiner maintenant.

A. — On recherchera d'abord avec le soin le plus minutieux à quelle distance de la plaque déjà dessinée on rencontre encore le cheveu peladique massué; et, la loupe à la main, on inspectera toute la surface du cuir chevelu autour de la plaque. Cela fait, on saura jusqu'à quelle distance de la plaque déglabrée il faut porter l'épilation artificielle. Car elle doit dépasser d'un demi-centimètre au moins le dernier des cheveux fragiles. *Le médecin procédera lui-même et de suite à cette épilation.*

B. — L'épilation faite, la plaque étant limitée, nettoyée, prête au traitement, voici le traitement que je conseille toutes les fois qu'il s'agit d'une plaque petite, récente, et d'une première atteinte.

Le médecin étendra au pinceau sur toute la plaque et sur sa bordure épilée une couche épaisse de *vésicatoire liquide pur*.

C. — Quand la bulle sera formée, après quelques heures, et au besoin le lendemain, le médecin déchirera avec le mors d'une pince et enlèvera, un à un, tous les débris de l'épiderme qui la formait. On enlèvera pareillement la couenne fibrineuse formée au-dessous de l'épiderme par le sérum coagulé.

D. — Cela fait, la plaque vésiquée étant bien mise à nu, on passera à sa surface une couche de solution fraîche de *chlorhydrate de cocaïne* au vingtième, on attendra quelques minutes que l'insensibilité soit bien obtenue...

E. — Et on fera sur toute l'étendue de la plaque une *rigoureuse* cautérisation avec une solution de *nitrate d'argent* au quinzième.

F. — On recouvrira la plaque ainsi traitée d'un tampon d'ouate hydrophile et d'un pansement très compressif pendant une heure ou deux. Après ce temps, la ouate ayant adhéré à la plaque, le pansement sera enlevé, la ouate sera peu à peu effilochée sans traction, de façon à en laisser adhérente une mince couche qui sera noircie au charbon pour masquer la plaque dénudée.

Ainsi décrit par le détail, ce manuel opératoire peut paraître un peu compliqué. En fait, il est bien simple et ne peut donner lieu à aucun incident. La douleur est quasi nulle. Et le patient aura perdu, une fois pour toutes, vingt-quatre heures de ses occupations habituelles.

On laisse en place le tampon d'ouate jusqu'à ce qu'il se détache de lui-même, ce qui demande de huit jours à quinze jours suivant le cas. Et dès lors, par cette seule opération, on aura créé pour plus d'un mois une congestion intense de la région malade, c'est-à-dire l'irritation profonde, vive et permanente que nous considérions tout à l'heure comme le meilleur, comme le seul traitement de la plaque peladique.

En même temps que ce traitement, et dès le troisième jour, on aura commencé les frictions antiseptiques biquotidiennes du cuir chevelu qui seront poursuivies pendant toute la durée de la déglabration, frictions qui devront être continuées ensuite quotidiennement, au moins trois mois après la disparition complète de la lésion, et pendant une année ensuite à raison de trois fois par semaine.

Ainsi traitées, les pelades primitives bien limitées nous ont donné infiniment peu de plaques secondaires et de récidives, et toujours dans un délai si bref après le début du traitement

qu'il y avait lieu de croire leur inoculation antérieure à lui.

Même avec ce traitement, on ne peut guère poser de limite minima ou maxima à la guérison, car son échéance varie d'un cas à l'autre. Ce qu'on peut établir, c'est une moyenne. La moyenne est de deux mois.

Au bout de six semaines environ apparaissent les premiers follets. La repousse est active et les cheveux se recolorent déjà au bout de huit semaines ordinairement. Mais la rapidité avec laquelle le traitement a été commencé, la rigueur avec laquelle il a été appliqué, enfin l'âge du malade, la qualité de ses cheveux normaux sont des facteurs qui font varier les moyennes.

Je ne voudrais pas dire d'ailleurs qu'on doive pour le traitement de toute plaque peladique primitive s'en tenir au vésicatoire et à la cautérisation *une fois pratiquée*. Au pourtour de la plaque et parmi les cheveux réputés sains, il n'est pas inutile de pratiquer chaque semaine une cautérisation au pinceau avec de l'*acide acétique* pur par exemple passé avec précaution. On évitera ainsi, si l'épilation de la bordure avait épargné quelque point malade, une reviviscence de la plaque sur un de ses bords.

Il est enfin une précaution à prendre toujours et dès le début, c'est l'examen méticuleux du reste du cuir chevelu réputé sain à l'effet d'y chercher une plaque seconde naissante qui serait signalée par l'apparition d'un groupe de cheveux massués.

Ces précautions et quelques autres que suggère la pratique et que nous exposerons en leur lieu auront toujours leur raison d'être facile à comprendre, après les généralités que nous avons pris le soin d'exposer d'abord.

IV

Pelade à cheveux fragiles.

La pelade à cheveux fragiles (E. Besnier) n'est pas une espèce morbide différente des autres. C'est seulement une forme grave de la maladie.

Dans cette forme, la plaque n'est pas chauve, elle reste couverte de tronçons de cheveux, comme une plaque de teigne tondante. Ces tronçons sont les cheveux peladiques massués en forme de points d'exclamation.

Nous l'avons dit : le cheveu peladique massué n'a qu'une existence éphémère. Entre le moment de sa production par la fracture d'un cheveu long et le moment de son expulsion définitive et complète, ordinairement il ne se passe que quelques jours, rarement plus de deux semaines.

S'agit-il d'une plaque d'extension lente et sourde, les cheveux peladiques seront rares sur la lisière des cheveux sains. Et il n'en peut être autrement, puisque leur existence est brève; ils n'existeront plus que sur le pourtour de la plaque, parce que depuis longtemps sa surface est nettoyée de ceux qui ont été formés avant eux.

Mais, au contraire, si le processus d'envahissement peladique a été rapide, en deux semaines une plaque de 1 centimètre de large peut avoir atteint 5 centimètres de diamètre. Dans ce cas, soyez assuré qu'à sa surface les cheveux peladiques seront abondants. C'est ainsi que naît la *pelade à cheveux fragiles*. En réalité, toutes les pelades extensives sont des pelades « à cheveux fragiles », mais les poils massués y sont d'autant plus rares, plus clairsemés que la marche extensive de la plaque s'est montrée plus lente, comme ils sont d'autant plus nombreux et serrés que la marche extensive de la plaque aura été plus rapide. Cette seule exposition permet de comprendre toute la gravité pronostique de cette forme et l'urgence d'une thérapeutique immédiate et avisée.

D'abord, dans nulle autre variété, les inoculations secondes ne sont à redouter autant que dans cette pelade maligne. C'est presque le seul cas où l'on puisse voir plusieurs aires alopéciques d'existence synchrone et paraissant de même date. Car si les pelades en aires *successives* sont fréquentes, les pelades en *aires multiples d'emblée* sont fort rares. Celles-ci sont presque toujours des pelades couvertes de cheveux fragiles dans la totalité de leur étendue.

Avec elles, il faudra donc redoubler surtout les soins de prophylaxie locale et générale, c'est-à-dire élargir extrêmement la bordure de limitation, rechercher indéfiniment les points nouveaux qui pourraient, sans un examen approfondi, passer inaperçus.

Comme traitement local, dans ces cas, je considère le *vésicatoire* suivi de *cautérisation* comme le moyen de choix, comme le traitement abortif le plus sûr, ou, si l'on veut, le moins sujet à caution. Souvent même, deux vésicatoires successifs et deux cautérisations seront utiles.

S'il s'agit d'un homme, on fera couper les cheveux courts sur la totalité de la tête pour pouvoir procéder à l'antisepsie la plus rigoureuse des parties réputées saines et pour distinguer dès leur naissance les « points clairs » de dénudation commençante, plus ou moins distants de la plaque primaire.

En ce qui concerne la prophylaxie générale du cuir chevelu indemne, le médecin devra faire lui-même le premier nettoyage du cuir chevelu avec une solution antiseptique forte dont l'excipient sera par moitié alcoolique et éthéré. Ce nettoyage se fera avec un pinceau fait d'une baguette et d'un flocon d'ouate hydrophile enroulé sur elle.

En tous les endroits douteux où l'implantation des cheveux paraîtra moins régulière ou plus clairsemée, c'est par un examen de ces cheveux à la pince que l'on décidera s'il y a lieu de faire une épilation locale et périphérique préventives et un traitement.

Il n'y a vraiment pas à hésiter dans de tels cas à faire les sacrifices nécessaires; la maladie en quelques jours ferait plus de dégâts que la pince et des dégâts moins réparables... *Ducunt fata volentem, nolentem trahunt.*

Dans leur marche, les pelades à cheveux fragiles sont celles qui doivent être suivies de plus près par le médecin. Il doit en annoncer à l'avance les allures dangereuses, prévoir les réinoculations au porteur d'avance probables, etc. Enfin, il doit faire comprendre au malade l'importance particulière du

nettoyage minutieux du cuir chevelu d'apparence saine et y mettre lui-même tous ses soins.

Beaucoup de médecins conseillent alors les savonnages; j'avoue ne pas les aimer beaucoup, à moins qu'ils ne soient suivis immédiatement d'une lotion antiseptique active, minutieusement pratiquée. Les savonnages du cuir chevelu infecté de quelques germes que ce soit sont comparables aux rasages au rasoir. Dans nombre de cas, leur action en elle-même serait utile; mais, d'aventure, ils peuvent donner lieu à de très graves réinoculations au porteur, en promenant des germes sans les détruire. C'est l'expérience médicale seule qui peut décider en pareille matière. C'est d'après elle que je m'en abstiens, surtout dans les pelades à cheveux fragiles. Les soins antiseptiques du cuir chevelu sain peuvent être pris sans savonnages nécessaires; ils seront continués, même après la guérison en apparence absolue, et plus longtemps qu'après toute autre forme de pelade.

Avec la pelade à cheveux fragiles et ses aires souvent multiples se pose déjà la question des postiches destinés à couvrir les plaques chauves.

Au point de vue prophylactique, il est évident que les postiches sur une pelade équivalent à un pansement sale sur une plaie chirurgicale. C'est donc une chose que le médecin en théorie devrait proscrire. Mais il est des cas où le patient lui-même ne peut se soustraire à l'obligation d'en porter. Et le médecin aurait tort de s'opposer inconsidérément à une nécessité de fait.

Les postiches sont de deux ordres : ils sont partiels, ce sont les postiches proprement dits; ou complets, ce sont les perruques. Partiels, ce sont des emplâtres chevelus du côté externe; ils adhèrent au moyen d'une colle spéciale bien connue des comédiens. La perruque est maintenue par des ressorts d'écaille, ou par simple adhérence, ou collée de la même façon que les postiches.

Tous les postiches, quels qu'ils soient, imposent les mêmes précautions de désinfection. C'est l'immersion dans un liquide

antiseptique n'altérant pas trop les cheveux artificiels dont ils sont chargés.

La liqueur alcoolique de sublimé acide dont nous avons donné plus haut la formule peut y suffire. On y plongera les petits postiches, — deux heures de suite, — au moins trois fois par semaine.

Pour les perruques, tous les soirs on doit, avec un pulvérisateur (de verre), pulvériser toute leur surface interne avec le même liquide qu'on laissera sécher sur place.

Pour en finir avec ce sujet, disons que jamais un postiche partiel ou total ne doit reposer directement sur la tête malade, et qu'entre lui et le cuir chevelu doit être interposé, ou bien un emplâtre (petites plaques), ou bien une coiffe mobile et facile à désinfecter (décalvation totale).

V

Les plaques secondaires. — Pelades en aires successives.

En elle-même, une petite plaque peladique n'est pas grave ; souvent, abandonnée à elle-même, elle guérira spontanément. Ce qui est grave dans une pelade, ce sont les plaques multiples ultérieures que la première permet de présager. C'est alors la pelade dite en aires multiples, et qu'il vaut mieux nommer *en aires successives*.

Ordinairement, c'est six semaines ou deux mois après l'apparition de la plaque primitive que surviennent les plaques secondaires ; et très souvent, à ce moment-là, plusieurs plaques nouvelles surgissent en même temps. C'est alors qu'on peut surveiller l'aspect objectif des plaques commençantes, si rarement observé pour la première plaque par le médecin consulté trop tard.

Même aspect clair du tégument qui transparaît à travers les cheveux très courts et moins nombreux. Même déglabration spontanée par fracture des cheveux longs, puis par chute définitive du tronçon massué qu'ils ont laissé à leur place,

même forme ronde ou ovale de la plaque une fois constituée, etc.

J'ajouterai même que, quand une première plaque affectait la forme dite « à cheveux fragiles », il est de règle de voir les plaques secondes, même à six semaines d'intervalle, présenter le même aspect objectif.

Les plaques secondaires, disséminées au hasard sur le cuir chevelu, peuvent être quelquefois et d'emblée très nombreuses; on peut en voir naître à la fois six, dix et même quarante, laissant quelques jours à peine entre la date de leur apparition.

A ce sujet, on peut poser une règle pronostique, cliniquement fort importante : c'est que plus une plaque peladique, tardivement présentée au médecin, montre des cheveux massués à son pourtour, plus on doit craindre des plaques secondaires nombreuses et d'apparition rapide. C'est ce que justifie toujours l'observation.

Que doit-on craindre en voyant survenir ces plaques secondaires et quel traitement leur opposer?

Tout d'abord répétons une fois de plus qu'on aurait dû les empêcher de se produire. Contre toutes les affirmations contraires, on peut hardiment soutenir que les plaques secondaires surviennent *après une plaque première non traitée* ou *tardivement traitée* ou *insuffisament traitée*.

Peut-être doit-on faire quelques réserves sur ce point, en ce qui concerne les pelades à cheveux fragiles dont l'invasion est quelquefois ultra-rapide... La règle générale que je viens d'énoncer n'en demeure pas moins vraie dans l'immense majorité des cas. Le médecin peut et doit, — dans tout cas de pelade pris à temps, — empêcher l'éclosion des plaques secondaires, à la condition bien entendue cependant que le médecin soit obéi en ses prescriptions par le malade, et c'est ce qu'il peut aussi ne pas obtenir.

Néanmoins, dans les incessantes repullulations peladiques, le malade n'est pas ordinairement à incriminer seul. Et il est encore presque de règle de voir le médecin consacrer tous

ses soins à la plaque dénudée, oubliant de prescrire le nettoyage et l'antisepsie des parties saines, *alors que de tout le traitement à instituer dans un cas de pelade au début, c'est de beaucoup la partie la plus nécessaire au malade.*

Mais passons. Les plaques secondaires sont nées. Encore une fois que faut-il faire? Que craindre et comment éviter ce qui est à craindre?

Deux choses sont à craindre, deux cas peuvent se présenter, que nous examinerons l'un après l'autre par la suite.

C'est d'abord « la pelade à récidives perpétuelles », dans laquelle, après dix ans, le malade compte de cinquante à deux cents récidives subintrantes.

Ou bien c'est l'alopécie peladique totale : « la décalvante », c'est-à-dire la chute non seulement de tous les cheveux de la tête, mais des sourcils, des cils, et après leur disparition, l'envahissement des régions pilaires du tronc.

Voilà les deux conjonctures qui sont à craindre, les deux modalités de la pelade chronique.

La gravité d'une pelade, je l'ai dit, se mesure au nombre relatif des cheveux fragiles sur les plaques. Mais elle peut se mesurer aussi au nombre des plaques secondaires et surtout au bref intervalle de temps qui a séparé leur apparition. On peut résumer en une seule proposition tout cela en disant que dix plaques secondaires nées à quelques jours d'intervalle entre elles et moins de deux mois après la plaque première, c'est presque la chevelure condamnée d'avance, la pelade totale du cuir chevelu certaine.

Comme traitement, — tout ce que nous avons dit de la plaque unique, de la plaque à cheveux fragiles, est applicable aux plaques secondaires. Mais si le traitement local doit être aussi rigoureux, la prophylaxie, plus difficile, sera mieux surveillée encore... et le pronostic plus réservé.

C'est ici qu'il faudra faire grosse la part du feu, c'est dans ces cas que les bordures d'épilation seront faites larges, quitte à réunir des plaques distantes et à paraître doubler pour un temps les surfaces alopéciques déjà constituées.

C'est alors aussi que le nombre des frictions antiseptiques des régions encore indemnes devra être multiplié en modifiant pour la friction du matin et celle du soir la nature de l'antiseptique employé, de peur d'intoxication; c'est alors enfin qu'il faudra surveiller étroitement les régions encore indemnes et épier « les clairs » que produit la chute d'un cheveu, et les tronçons massués indices d'une plaque nouvelle.

Je me suis trouvé parfaitement bien, pour l'antisepsie générale dans ces cas spéciaux, de l'emploi combiné des deux frictions suivantes : l'une (inflammable) est faite le matin, l'autre (non inflammable), le soir. La première est celle que j'ai déjà conseillée :

℞	Acide acétique.	4 grammes.
	Bichlorure de mercure.	0gr,20
	Alcool à 90°.	100 grammes.
	Alcoolat de lavande.	50 —
	Éther officinal[1].	50 —

M. s. a.

La deuxième est connue sous le nom d'*eau d'Alibour* et a la formule la suivante :

℞	Sulfate de zinc.	7 grammes.
	Sulfate de cuivre.	2 —
	Camphre.	à saturation
	Safran.	0gr,40
	Eau distillée.	200 grammes.

M. s. a.

(Cette formule pure est irritante; on peut avec avantage l'employer étendue de une à dix fois son poids d'eau.)

On se demandera pourquoi, après avoir préconisé pour les antiseptiques du cuir chevelu un excipient dissolvant les

1. J'ai vu mille fois que le manuel opératoire de ces frictions est à lui seul plus important que l'agent thérapeutique employé. *On sait que les antiseptiques n'agissent que quand ils touchent directement le germe morbide. Or, la graisse normale du cuir chevelu est un obstacle naturel permanent à une antisepsie rigoureuse.* C'est pourquoi, quand la chose est possible, je prescris souvent avant la friction du matin une minutieuse friction du cuir chevelu à l'*éther officinal*, friction à la brosse et qui doit durer au moins un quart d'heure pour être bien faite. Il est indispensable d'insister dans ce cas sur le danger d'incendie. *Aucune* lumière quelconque ne doit exister dans la pièce où la friction est faite; *le danger existe encore un quart d'heure après la friction terminée.*

graisses, j'en conseille un qui ne les dissout aucunement. C'est que cette lotion sulfatée agit surtout par le sel métallique qu'elle dépose en séchant sur le cuir chevelu. C'est une imprégnation de l'épiderme par les sulfates, le rendant réfractaire aux pullulations microbiennes comme le sulfatage des vignes les défend contre l'oïdium.

Mais souvent ces moyens préventifs sont impuissants parce qu'ils arrivent trop tard, parce qu'ils ne sont que préventifs et qu'ils demeurent inefficaces contre la lésion une fois semée.

Ainsi ai-je vu des peladiques survenir avec huit ou dix petites plaques seules visibles, arriver en quelques semaines, d'abord au sacrifice progressif des cheveux de régions entières, puis ne garder sur la tête que quelques îlots préservés.

Mais, franchement, ces cas sont rares et de plus, dès le premier examen, le pronostic le plus déplorable peut être posé par le médecin.

Plus son inspection avance, plus il découvre de points nouveaux, inconnus du malade, mais où les cheveux viennent déjà par pincées à la traction. Ces points existent par douzaines. Ailleurs des îlots de cheveux massués dessinent des plaques commençantes et invisibles...

On comprend que dans de tels cas la prophylaxie locale soit presque impraticable. Elle peut demander *l'épilation totale* préventive dans les cas les plus graves. Et c'est encore le seul moyen de prévenir une décalvante qui s'établit.

Heureusement, dans le plus grand nombre des cas, les pelades à plaques successives sont moins sérieuses. Il s'agit de six ou sept plaques venues séparément à un ou deux mois d'intervalle chacune, et que par peur ou par incurie le malade s'est efforcé, jusqu'à l'impossible, de dissimuler en « ramenant » au-dessus d'elles les cheveux qui lui restent, — triste méthode de défense! — mais dans ces cas le reste du cuir chevelu sain sera plus facile à défendre, parce qu'il est moins vivement attaqué. Des bordures d'épilation restreintes et des frictions répétées, même à travers les cheveux longs,

pourront y parvenir. Et l'on ne se déciderait à la coupe rase aux ciseaux et aux traitements intensifs que si de nouvelles plaques survenaient, ou si les anciennes présentaient de nouveau une bordure de cheveux fragiles.

Quand le médecin se trouve en présence de plaques multiples, les principes qui doivent guider son pronostic et son traitement resteront les mêmes :

1° L'apparition des plaques secondes, plus ou moins prompte après la plaque primitive;

2° L'intervalle plus ou moins bref séparant la naissance des diverses plaques secondes;

3° Leur nombre;

4° Le nombre des cheveux fragiles et des tronçons massués à leur surface.

VI

Pelade aiguë totale. (Décalvante bénigne.)

Nous venons de voir tout à l'heure, dans les *pelades à cheveux fragiles en aires multiples successives*, le nombre incroyable de plaques secondaires que l'on peut voir naître en quelques jours. Livrée à elle-même, cette forme aboutit à la chute complète, mais relativement passagère, de tous les cheveux de la tête. C'est ce que l'on peut appeler la pelade aiguë totale. Toutes les décalvantes sont graves, celle-là est relativement bénigne.

Dans ces cas, bien que les petites aires nouvelles se multiplient rapidement autour de la grande plaque initiale [1] et qu'on puisse découvrir de nouveaux foyers en quelque sorte chaque jour, chacune de ces aires mettant toujours un temps

1. J'insiste sur ce fait de l'existence dans ces cas *d'une grande plaque alopécique maîtresse* antérieure à l'alopécie diffuse qui s'établit autour d'elle. C'est l'existence de cette aire absolument glabre qui permet de différencier sûrement la pelade décalvante bénigne dont nous parlons de toutes les alopécies *diffuses* consécutives aux maladies infectieuses; celles-ci ne présentent *jamais* d'aire alopécique primitive. Elles sont *diffuses d'emblée*.

appréciable à se constituer et à s'agrandir, le cuir chevelu présentera pendant six, huit, dix semaines d'innombrables petits points de déglabration plus ou moins complets, plus ou moins circulaires, inégalement distants, donnant à la chevelure l'aspect d'une fourrure mangée aux vers.

Cette déglabration progressive continuera sous les yeux du médecin impuissant à conjurer le désastre. Mais déjà il peut annoncer que cette décalvante sera passagère et bénigne : car, avant la chute complète des tronçons peladiques, quelques cheveux blancs seront nés. *Et ces cheveux blancs sont solides.*

Bientôt, à mesure que se fera spontanément l'élimination de la chevelure morte, le nombre des cheveux blancs nouveaux s'accroîtra, peu à peu, lentement; puis un jour la germination de tous les cheveux nouveaux s'accomplira, et la tête se recouvrira de cheveux d'un blanc d'argent. Enfin, après quelques semaines encore, au plus quelques mois, ces cheveux blancs reprendront leur couleur primitive, peu à peu, graduellement.

L'évolution totale de cette décalvante aiguë bénigne, consécutive à la formation de foyers secondaires, dans la pelade à cheveux fragiles, dure six à neuf mois environ, un an, avant que la recoloration soit complète.

Si je parle ici de cette forme clinique où le traitement ne peut et ne fait presque rien, parce que, quand l'envahissement total se dessine, il est déjà trop tard pour l'enrayer; si j'en parle, dis-je, c'est surtout pour prévenir les imprudences du malade et du médecin en ce qui concerne le traitement de sa période terminale.

Le plus souvent, quand le cuir chevelu se repeuple, il arrive, lors même qu'il est recouvert presque partout de duvet solide et dense, que de petites plaques en petit nombre, une, deux ou trois, persistent à demeurer glabres. Le malade ni le médecin ne s'en inquiètent, trop heureux de la repousse prompte qu'ils n'attendaient pas. Et cependant, ces petites plaques sont un reliquat actif de la maladie, et c'est un gage assuré de récidives pour l'avenir. Il faut de toute nécessité,

dans des cas semblables, continuer sur la surface de ces plaques les applications irritantes préconisées contre les plaques jeunes, et cela sans préjudice des frictions totales, jusqu'à réintégration absolue de la chevelure.

VII

Pelades à récidives perpétuelles.

Certains malades, après une ou plusieurs atteintes de pelade grave, à aires immenses, à réparation lente, se voient enfin délivrés de leur infirmité par une repousse presque complète. Bientôt leur joie est interrompue par la survenue d'une plaque nouvelle, puis d'une autre, et désormais pendant dix ans, pendant vingt ans, pendant trente ans, comme j'en ai eu des exemples, ces malades seront en proie à de perpétuelles récidives. A peine une plaque guérit-elle qu'une autre commence. Et toujours de nombreux « clairs » annoncent des points nouveaux.

Tous les malades qui présentent ces exemples de pelade à perpétuelles récidives sont des nerveux, des hypochondriaques, des neurasthéniques, des désespérés.

Tous ont vu tous les spécialistes de leur pays; tous ont remarqué l'influence néfaste de leurs chagrins, ou des accidents de leur vie sur l'apparition des plaques nouvelles. Tous enfin sont des malades difficiles, sceptiques et incrédules, ayant leurs médicaments préférés, la haine de certains autres, etc. Ils sont surtout mauvais malades en ce qu'ils ne peuvent suivre avec constance quelque traitement que ce soit.

Quand on étudie leur histoire, on voit invariablement que leur première plaque a été traitée sans qu'on s'inquiétât de préserver le reste du cuir chevelu par une prophylaxie intelligente ou même quelconque.

D'autres ont cru, après trois mois de soins, avoir réalisé une antisepsie générale suffisante...

L'endémie peladique du tégument, dont nous parlions plus haut, s'est établie tout à son aise. Et ils portent désormais sur eux assez de germes pour établir en tous points de leur cuir chevelu un réensemencement permanent.

Ici un seul cheveu manque : il est réduit à sa racine visible dans le follicule. Et autour de lui quatre ou cinq poils sont massués, avec la forme peladique type. Ailleurs, on trouve dix ou douze poils tronçonnés. Là encore, cinq ou six autour d'orifices pilaires veufs. Et le malade porte en tels points ces lésions, comme d'autres semblables, ailleurs, depuis vingt ans.

A ces malades spéciaux, il faut expliquer minutieusement tout le détail de leur traitement, pourquoi celui qu'ils ont fait ne pouvait pas réussir, comment, avec les mêmes médicaments appliqués autrement, ils obtiendront d'autres résultats. C'est la méthode et la constance qui leur manquent. Il faut leur tracer tous les temps de leur traitement : à telle heure, telle friction, pratiquée à la brosse; le soir, telle autre...

Je me suis très bien trouvé des pansements humides nocturnes auxquels beaucoup de gens se soumettent qui ne supporteraient pas le jour le topique le moins visible, le moins odorant.

Ici, on le comprend, réveiller les papilles atrophiées ou stupéfiées est secondaire, car les plaques chez ces sujets ne demeurent jamais longtemps déglabrées. Ce qui importe, c'est de prévenir les réinoculations. C'est donc l'antisepsie totale de leur cuir chevelu qu'il faut pratiquer.

Tous les antiseptiques, à la dose chirurgicalement employée : *biiodure*, *sublimé*, *acide phénique*, peuvent être utilisés dans ce but; il en serait de même des essences (*Wintergreen*, *cannelle*, *térébenthine*, etc.), si le malade peut supporter leur odeur.

Les cheveux sont tenus ras; sur les cheveux on pose à plat un *lint* fin imbibé de la solution antiseptique, on recouvre le tout d'un bonnet de bain [1].

1. J'insiste sur ce fait que, dans le cas de pansements humides nocturnes, il

Le lendemain matin, friction et séchage avec une solution alcoolique.

J'ai employé ainsi avec succès le *chlorure de chaux* à une dose variable suivant les individus et qui se formule ainsi :

2% Suspension { Chlorure de chaux. . . . 20 grammes.
Eau distillée. . . . . 200 —

Le malade commence d'abord par essayer un pansement humide fait avec la dilution suivante :

Eau pure. . . . . un demi-litre.
Solution mère . . . . . une cuillerée à bouche.

Chaque soir, il augmente cette dose d'une cuillerée à café, jusqu'à ce qu'il rencontre sa dose limite.

La *teinture d'iode* diluée, le *coton iodé* appliqué sous un pansement imperméable, l'*iode* en solution aqueuse iodo-iodurée, dont j'espérais de bons résultats, ne m'ont pas donné ce que j'attendais, ni dans cette forme ni dans aucune forme de pelade. J'en excepte l'excellente formule suivante où l'iode est associé à l'acide phénique :

2% Teinture d'iode. . . . . }
Acide phénique cristallisable. . . . . } parties égales.
Hydrate de chloral.. . . . . }

M. s. a. (Brocq.)

Tous les malades atteints de pelade à rechutes perpétuelles invoquent l'influence des ébranlements nerveux sur la production de leurs plaques nouvelles. Ce qui diminue la valeur de leurs affirmations, c'est qu'ils ne sont hypochondriaques et névrosés que depuis que leur pelade est constituée comme infirmité.

Cependant, aller avec certains auteurs jusqu'à nier l'influence nerveuse sur l'intensité des récidives serait dépasser

faut toujours se servir de solutions *émettant des vapeurs antiseptiques*. Exemples : chlorure de chaux, acide phénique, essences, aldéhyde formique, mais non pas de solutions sans vapeur, telles que les solutions sublimées.

notre pensée. Proscrire les douches en affirmant, ce qui est vrai, que jamais une douche n'a tué un microbe, nous paraît une pratique *a priori* systématique et mauvaise.

Outre que ces peladiques, de par leur état nerveux, peuvent tirer grand bien de l'*hydrothérapie*, tant que nous n'aurons pas reconstitué expérimentalement la pelade sur l'animal, nous ignorerons la part du système nerveux dans le phénomène de la dépilation et nous ne serons pas en droit d'éliminer toute une classe thérapeutique sans expérience préalable.

De plus, et bien que je sois partisan convaincu de la nature *toujours* parasitaire de la pelade, j'ai remarqué, à titre de coïncidence, certaines rechutes peladiques après ébranlement nerveux incontestable (accidents de voiture, chute de cheval, mort violente d'un proche parent, etc.), qui m'empêcheraient de nier absolument l'influence du système nerveux dans la marche de la maladie. Nous avons, du reste, dans la dermatologie et dans la médecine générale, des exemples analogues de l'influence manifeste du système nerveux sur la marche des maladies même démontrées parasitaires.

Malgré cette observation, le traitement de ces pelades récidivantes me paraît reposer, *au fond*, sur la seule antisepsie locale.

Mais je crois que la médecine dermatologique aurait beaucoup à apprendre dans ces cas de nos chirurgiens. C'est comme ils pratiquent l'antisepsie de la peau que l'antisepsie du cuir chevelu doit être tentée, et non pas en essayant par quelques frictions bimensuelles les vertus microbicides *in vitro* de tel ou tel agent thérapeutique nouvellement préconisé.

Est-il utile d'ajouter à ce qui précède que, dans cette forme de pelade, chaque point peladique nouveau doit être traité séparément comme toute plaque peladique vulgaire, sans quoi chacun d'eux pourra suffire au réensemencement du cuir chevelu nettoyé?

Beaucoup de patience est à demander au malade et beaucoup aussi au médecin de ces mauvais malades.

Généralement, avec deux ans de soins continus, on devra

arriver à la guérison. Et déjà, nous pouvons remarquer que des pelades de ce genre, si obsédantes pourtant pour le sujet qui les porte, sont infiniment moins graves comme pronostic que les décalvantes.

Dans les deux cas cependant, l'infection totale, endémique, du cuir chevelu, est constituée. Mais, du fait de la virulence moindre du parasite, ou, au contraire, du fait de la résistance propre des papilles, — du fait du germe ou du fait du terrain, — toute la chevelure n'est jamais perdue. Et la dépilation, que nous verrons permanente dans la décalvante chronique, n'est que disséminée *et passagère* dans la pelade aux perpétuelles récidives.

VIII

Pelade de la barbe.

La pelade primitive de la barbe est presque aussi fréquente chez l'homme que la pelade du cuir chevelu. Elle n'est pas absolument identique à celle du cuir chevelu en tous ses caractères, et il importe de signaler ses symptômes spéciaux peu connus, utiles à connaître au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Dans la pelade de la barbe, le cheveu fragile massué manque absolument dans la grande majorité des cas. Il manque même au premier début d'une plaque, même au pourtour de plaques dont l'accroissement journalier est évident.

Cette différence n'est du reste pas essentielle; la pelade de la barbe survient surtout chez les gens qui se rasent et qui se font raser. Il n'est pas étonnant, dès lors, de ne pas rencontrer chez eux de cheveu peladique massué, puisque ce tronçon de forme spéciale demande au moins une longueur de 3 millimètres pour être reconnaissable.

Toutes les fois que j'ai rencontré dans la barbe le cheveu massué peladique, il avait 10 et 15 millimètres de longueur,

et son atrophie progressive portait au moins sur les trois quarts de sa longueur. Il semble donc que le processus atrophique du poil de la barbe demande un plus long temps pour s'établir que le même processus du cheveu. Dès lors, même sur des poils de 5 millimètres de long, dans toute cette longueur le poil pourrait apparaître comme un follet, et, manquant de sa massue terminale, ne pas être reconnu.

Quoi qu'il en soit, la plaque peladique de la barbe n'affecte que deux formes très nettes, très tranchées : ou bien la plaque tégumentaire est rigoureusement glabre et paraît même avoir une tendance atrophique marquée; ou bien, au contraire, la plaque est recouverte de poils grêles, décolorés, mais d'une adhérence à la peau très grande. Leur épilation cause une douleur vive.

Ce sont là deux formes morbides distinctes. Je crois bien qu'il s'agit toujours de la même maladie, mais ayant présenté une virulence différente.

Dans le cas de la plaque glabre, cette plaque persistera sur place trois ou quatre fois plus longtemps qu'elle n'eût duré au cuir chevelu, C'est au bout de huit, dix et douze mois seulement qu'elle se recouvrira de poils follets qui, lentement aussi, reprendront les caractères des poils adultes.

La seconde forme, où la dépilation est aussi peu marquée que possible, où la plaque paraît formée de poils grêles et décolorés se substituant presque sans transition aux poils sains, fait le plus ordinairement faire une grave erreur de pronostic et de traitement.

Le médecin, se basant sur ce qui est de règle au cuir chevelu, annonce une guérison prochaine; c'est une grave erreur. A la barbe, des plaques, même entièrement couvertes de poils de repousse grêles et anormaux, peuvent continuer de s'étendre par la périphérie, et cela pendant fort longtemps.

Dans les pelades de la barbe, il ne faut donc aucunement se baser sur l'état de repousse apparente pour préjuger la date antérieure et l'évolution ultérieure d'une plaque peladique.

Une plaque peut être d'origine récente, elle peut être en accroissement actuel, bien qu'étant couverte de poils de repousse.

Au point de vue du traitement, cela est très important; car il n'y a qu'un moyen effectif d'arrêter une pelade de la barbe en accroissement, c'est l'épilation large de sa bordure. Or, en considérant les poils de repousse, on peut différer, à grand tort, une épilation nécessaire, à laquelle on sera conduit dans la suite en s'apercevant d'une augmentation des lésions qu'il eût été facile d'enrayer plus tôt.

Donc, deux grandes catégorisations à faire dans les pelades de la barbe :

1° Les pelades glabres à allure atrophique;

2° Les pelades couverte de poils de repousse et qui continuent de s'accroître en dépit de toute apparence.

Les premières sont infiniment rebelles aux traitements.

Les secondes sont moins tenaces, à condition que leur extension soit enrayée.

Quant au traitement des plaques, il est le même que partout ailleurs. Les irritants sont toujours les seuls médicaments actifs.

Ici, je donne nettement la préférence entre tous au *sublimé* acide alcoolique, à doses caustiques.

Les applications suivantes seront recommandées aux malades assez intelligents pour ne point mal user de leur médicament.

Tous les jours ou tous les deux jours, application très légère au pinceau de la mixture suivante :

℞ Sublimé.	1 gramme.
Acide acétique	1 —
Alcool à 90°	20 grammes.

M. s. a.

L'irritation que l'on cherchera ne pourra être que très légère, sous peine d'être très visible. On pourra dissimuler la rougeur visible de la plaque en traitement par des fards dont

les pâtes à l'oxyde de zinc sont toujours la base et auxquelles sont incorporés suivant le cas un peu d'indigo et de carmin pour que la pâte appliquée en mince couche ait le ton de la chair voisine et le piqueté bleu de la barbe rase.

Ces préparations, dont on ne peut indiquer la formule, variable pour chaque individu, sont faites soit par le pharmacien, soit par les coiffeurs fabricant les postiches, et sont obtenues par tâtonnements, en faisant l'essai immédiat sur le patient.

Ordinairement, la pelade de la barbe comme celle du cuir chevelu est constituée au début par une aire unique. Cependant il est moins rare ici d'observer plusieurs aires coexistantes, évidemment inoculées ensemble au même rasage.

Leurs réinoculations (plaques secondes) à la barbe sont très fréquentes chez les malades qui continuent à se raser.

Pour y obvier, on recommandera à ces malades le procédé dit de la rasure juive, où les poils sont coupés exactement au ras de la peau avec des ciseaux fins. Cette opération, suivie d'une lotion antiseptique analogue à celle que nous avons formulée plus haut, permet le plus souvent d'éviter les plaques secondes.

Mais on conçoit que toute intervention locale, avec un instrument quelconque, capable de créer des effractions, soit une occasion d'inoculations nouvelles. Aussi le médecin doit-il toujours les prévoir. Elles sont toujours moins évitables à la barbe qu'au cuir chevelu, et pour ces raisons.

La pelade de la barbe en l'absence d'une prophylaxie locale sévère est souvent la cause d'inoculations secondaires au cuir chevelu, et l'inverse se voit aussi.

Dans toute pelade de la barbe, l'antisepsie du cuir chevelu s'impose donc, et réciproquement. Pour tout le reste de son évolution, la pelade de la barbe est entièrement comparable à la pelade du cuir chevelu. Aussi nous abstiendrons-nous de parler des diverses indications de traitement qu'elle peut comporter, pour éviter les répétitions.

IX

Pelade des sourcils.

La pelade des sourcils est toujours secondaire à une pelade primitive de la barbe ou de la chevelure.

Ou bien le sourcil se trouve atteint par une plaque vraie à bords nets, c'est quand l'incident survient au cours d'une pelade bénigne en aires successives; ou bien le sourcil tombe par une alopécie diffuse progressive, c'est ce que l'on observe dans les décalvantes. Dans les deux cas, le traitement est identique. C'est toujours un irritant, — à doses modiques, — car le tégument de la région est sensible. Le type de la formule à choisir et à modifier suivant la susceptibilité du patient est celle qu'a préconisée mon vénéré maître E. Besnier :

℞ Acide acétique	3 à 5	grammes.
Éther	30	—
Chloral.	5	—

M. s. a.

et dont les applications (au pinceau) seront renouvelées aussi fréquemment que possible pour entretenir l'irritation permanente.

Le pronostic de ces deux formes est absolument dissemblable. La forme en aires, dans laquelle la délimitation entre la partie saine et la partie malade est nette, est une forme bénigne à guérison certaine.

La forme diffuse accompagnant une pelade chronique décalvante a le pronostic même du syndrome qu'elle accompagne.

X

Pelade des cils.

Dans la pelade décalvante totale, les cils tombent entièrement, comme les sourcils. Et là encore il s'agit d'une chute

définitive ou du moins de guérison lente et incertaine. Mais j'ai observé à titre d'exception rare, accompagnant une pelade bénigne à plusieurs aires, une déglabration limitée à une paupière, et même à une moitié de son bord libre. Cette dépilation qui correspond à la pelade en aire du sourcil a été comme celle-ci d'allure bénigne.

Traitement : cautérisations locales avec un bois d'allumette trempé d'*acide acétique* pur.

XI

Pelades totales. — Pelades décalvantes graves.

On peut faire sur la pathogénie et l'étiologie des pelades graves toutes les hypothèses que l'on voudra, invoquer la part prépondérante des causes les plus difficiles à établir et en particulier le rôle exclusif du système nerveux dans leur genèse ; ce qui est cliniquement de confirmation constante, c'est que ces pelades *décalvantes totales ont commencé comme les pelades vulgaires par une seule petite tache glabre*. Cette tache est restée plus ou moins longtemps stationnaire, puis d'autres (plaques secondaires) sont survenues, ont grandi, quelques-unes sont arrivées à coalescence, dessinant déjà de très grandes aires déglabrées. Enfin un moment est venu où tous les cheveux restés se sont éclaircis et sont tombés en quelques semaines, après avoir subi les altérations atrophiques du poil si caractéristiques de la pelade.

Aucune différence visible, par conséquent, entre le mode de début et de formation dans les pelades graves et dans les pelades bénignes. Leur seule marche ultérieure les distinguera.

Pour nous, au nom de la clinique, de l'anatomie pathologique, et nous oserions presque ajouter déjà au nom de la bactériologie, toutes les formes de la pelade sont identiques, contagieuses et microbiennes, et jusqu'ici, au point de vue thérapeutique, justiciables des mêmes traitements.

Mais, plus que jamais, c'est ici le lieu de le répéter, toutes les modalités diverses de la pelade que nous étudions, depuis les plaques secondaires jusqu'aux décalvantes bénignes ou graves, sont des accidents dus au malade ou au médecin. On peut et on doit les empêcher de se produire. Elles résultent d'un traitement nul ou mal dirigé. Jamais une pelade en aire unique bien soignée ne doit produire de plaques secondes. Jamais les plaques secondes bien traitées et prises à temps ne doivent aboutir à une décalvante bénigne ou grave.

Or, depuis quelques années surtout, à mesure que la médecine prophylactique prend conscience de ses facultés et de son rôle, on se rend de mieux en mieux compte qu'il est facile d'empêcher de se produire des accidents contre lesquels une fois produits on demeurera impuissant.

C'est ici l'un des exemples les plus nets de cette règle. Il est possible d'empêcher une décalvante de se produire. Et quand elle est constituée, l'action de tout agent thérapeutique quel qu'il soit est à peu près nulle.

Examinons du moins ce qu'on peut faire dans une pelade totale déjà constituée, quel traitement, en l'absence de résultat démonstratif, est le plus logique et le plus rationnel. — Ce traitement, nos modes d'investigation actuels peuvent servir à l'établir. Car l'histologie pathologique, en dehors de l'hypertrophie énorme des glandes sébacées, toujours consécutive à la disparition du poil dont cette glande était l'annexe, l'histologie, dis-je, permet d'observer dans les pelades décalvantes les mêmes lésions, aux mêmes périodes, que dans la pelade qui vient de se constituer.

On peut donc en inférer que la pelade décalvante est une lésion active encore, quoique chronique. Donc les seuls moyens d'action que nous avons contre les pelades normales, l'antisepsie continue et l'irritation tégumentaire, sont les seuls moyens rationnels aussi dans les pelades décalvantes.

Je pourrais défendre ici par beaucoup de considérations et de multiples arguments ce que je viens d'affirmer, l'identité pleine et entière de toutes les pelades, qui est, je crois, un

point discuté, surtout en l'absence d'études histologiques du sujet. Je n'y insisterai pas ici.

La thérapeutique des décalvantes reste donc celle des pelades en général. Mais dans ces cas nous n'avons plus à craindre le transport de germes morbides sur des parties encore saines, puisqu'il n'y a plus de parties saines.

Les *savonnages* et les savonnages multipliés nous paraissent donc de rigueur.

En outre, et ceci est un fait certain, la disparition du poil ayant pour conséquence immédiate et absolue l'hypertrophie énorme des glandes sébacées et l'augmentation de leur sécrétion, ce savonnage devra être fait au *savon noir* qui dégraisse plus activement les follicules et déterge plus complètement la surface malade. On peut employer dans le même but les frictions à l'*éther de pétrole* rectifié, ou à l'*éther sulfurique* officinal, ou à la *benzine* rectifiée pure.

Les lotions *sulfatées*, les lotions *tanniques*, styptiques et astringentes agiront dans le même sens, outre leur pouvoir propre microbicide.

Enfin, il est un moyen excellent de nettoyer les infundibula pilaires, un moyen meilleur que tous les savonnages et que nous utilisons souvent dans ces cas. Nous le décrirons avec soin parce qu'il n'est décrit nulle part.

Il s'agit de revêtir le cuir chevelu entier d'une couche épaisse de *collodion* et de l'enlever d'une seule pièce.

L'adhérence de la couche profonde du collodion enlève d'un seul coup tous les déchets pilaires et épidermiques encombrant les orifices du tégument.

Pour cela, on prend environ 80 ou 90 grammes d'un collodion médicinal faiblement ricinié, et l'on recouvre d'abord par friction dure, d'une pellicule mince de collodion, la surface entière du cuir chevelu jusqu'au front et jusqu'à la nuque.

Cette pellicule une fois sèche, on ajoute des couches successives et de plus en plus épaisses de collodion, qui joue ici le rôle d'une matière emplastique. Quand ces 80 grammes

sont bien répartis exactement sur toute la surface, l'épaisseur de la calotte est suffisante.

Dès qu'elle est sèche, c'est-à-dire un quart d'heure après, on dégage d'abord tout le pourtour de la peau, par tractions lentes, comme on dégage la peau adhérente à un appareil plâtré. Sitôt que la partie dégagée de la calotte est suffisante, on la retourne comme un gant, et par des tractions ménagées sur elle, on l'enlève d'une seule pièce.

Si l'on regarde alors sa couche profonde, on sera surpris de la quantité invraisemblable de déchets de toutes sortes dont elle s'est chargée.

Une bonne friction à la *teinture d'iode* mélangée d'éther à parties égales complétera l'opération de nettoyage par une antisepsie locale aussi rigoureuse que possible. Cette opération peut être renouvelée chaque semaine.

Cependant, même en usant de ce traitement, il ne sera pas inutile de recourir aux frictions irritantes. On pourra pour cela se servir de la solution éthérée et alcoolique de *sublimé acétique* que nous avons préconisée déjà et dans laquelle on élèvera progressivement le taux d'acide acétique de la formule jusqu'au point où la douleur deviendrait insupportable.

Ce taux est le plus souvent fort élevé. Car ces cuirs chevelus, toujours fort gras, sont difficilement attaquables, et j'en ai vu supporter de l'acide acétique cristallisable dilué seulement à moitié d'alcool et éther suivant la formule suivante :

℞ Sublimé.	0gr,20	
Acide acétique cristallisable.	100	grammes.
Éther sulfurique.	50	—
Acool à 90°.	50	—

M. s. a.

Cependant une telle formule est rarement utilisable. On ne doit l'établir que sur les indications que fournit l'expérience pour chaque malade en particulier.

Pour cette pelade comme pour les autres, c'est toujours

le vieux mot de E. Vidal qui doit guider : « Maintenir toujours les plaques chauves légèrement rouges et légèrement douloureuses au toucher. »

Quant aux résultats du traitement, ils sont tels qu'en aucun cas il n'est possible de poser un pronostic ferme ; car l'expérience de chaque jour montre les événements les moins possibles à prévoir.

Entre la pelade décalvante bénigne d'une part, où la repousse des cheveux blancs est déjà commencée avant que la chute des cheveux morts ne soit complète, et la pelade décalvante grave où le poil du corps a disparu et qui durera des années, voire toute la vie, tous les exemples sont possibles. Et la tendance constante de toutes les formes de pelade aux récidives existe pour cette forme comme pour les autres.

On voit, après des années de traitement inutile, un cuir chevelu avoir gardé le poli du marbre et tout d'un coup, en deux semaines, se couvrir de follets naissants.

Mais ces follets deviendront-ils, et tous et partout, des cheveux adultes?

Souvent cette repousse dessine des plaques permanentes d'alopécie, semence de récidive totale pour plus tard.

D'autres fois, après une repousse apparente, les cheveux qui avaient déjà 2 ou 3 centimètres de long retombent entièrement en deux semaines. Ainsi de suite.

En sorte qu'aucun pronostic médical ferme ne peut être jamais posé. Toujours les récidives sont à craindre, quand même une repousse franche se dessine. Et le plus souvent il ne se produit que des repousses partielles et incomplètes.

Cependant, j'ai vu des pelades entières, des décalvantes totales, marcher d'emblée vers la guérison après trois ou quatre mois à peine de traitement. C'est pourquoi le médecin ne doit jamais décourager le malade, bien au contraire. On ne sait jamais ce que donnera au traitement une pelade décalvante totale abandonnée depuis longtemps. Les résultats sont quelquefois inespérés.

La pelade décalvante bénigne, dont nous avons parlé plus

haut, limite ordinairement sa première attaque au cuir chevelu seul, ou du moins il est ordinairement possible de l'enrayer à ce point.

La déglabration grave, au contraire, qu'elle se soit installée d'emblée, ou plus souvent qu'elle soit survenue après une succession d'attaques de plus en plus graves, devient ordinairement totale.

Les parties les plus pilaires du corps se prennent une à une. Quand le cuir chevelu et la barbe sont pris en totalité, les sourcils et les cils se déglabrent peu à peu par alopécie diffuse progressive.

Au pubis, le plus souvent, la déglabration commence par une plaque nettement limitée qui s'agrandit, puis il survient une alopécie diffuse des parties respectées qui, peu à peu, finit disparaître jusqu'au dernier poil. Aux aisselles de même, de même sur le corps où persistent d'abord des taches glabres, limitées, et qui finit par ne plus présenter un seul poil.

En résumé, c'est toujours le même processus, l'alopécie *en aires*, primitive, et ultérieurement l'alopécie diffuse terminale. Et je ne comprends pas l'idée des pathologistes incriminant l'action nerveuse exclusive dans la pathogénie de l'alopécie totale, alors que partout elle est si nettement consécutive à des alopécies *en aires*, identiques de forme et d'allure à la pelade qu'ils admettent parasitaire au cuir chevelu.

Il est vrai qu'après le stade premier de taches alopéciques localisées, on voit survenir sur la région une alopécie diffuse périphérique, mais ce phénomène s'observe au cuir chevelu comme sur le corps identiquement.

Et au point de vue clinique comme au point de vue histologique, je ne vois aucune raison plausible pour différencier en entités morbides distinctes une maladie dont tous les stades et tous les actes montrent histologiquement une lésion partout identique, et cliniquement toutes les formes intermédiaires rattachant une modalité à l'autre.

Au point de vue thérapeutique, l'impuissance du médecin est à l'heure présente totale. Il faut conseiller les frictions

générales alcooliques et excitantes de tout le corps, les liniments *térébenthinés*, l'*alcoolat de Fioravanti*, etc., etc. La thérapeutique reste au cuir chevelu et à la barbe celle de toutes ces formes de la pelade.

Bien que l'impuissance thérapeutique contre la pelade totale soit reconnue par tous aujourd'hui, ce n'est pas à dire que la maladie ne guérisse jamais. Si elle ne guérit presque jamais complètement, souvent elle présente des intervalles de relâche, et peut-être une médication bien conduite pourrait-elle, à ce moment, prévenir les récidives ultérieures ?

En présence de ces résultats curatifs nuls, le lecteur pourra se demander de quelle utilité pratique est la discussion précédente sur l'unité ou la dualité de la pelade ; aucun traitement ne démontrant nettement son action par ses résultats, les hypothèses, quelles qu'elles soient, sont pratiquement injustifiées.

Peut-être cependant la thérapeutique désarmée aujourd'hui pourrait-elle être efficacement armée demain.

Envisageons dans l'avenir le chemin possible de cette question. L'anatomie pathologique appuie nettement l'identité de toutes les pelades graves ou bénignes. Et la clinique montre la nature contagieuse, par conséquent parasitaire, de celles-ci.

D'autre part, si l'on examine la nature des lésions histologiques de la pelade, on est forcé de reconnaître que l'énorme majorité de ces lésions ne signale nulle part la présence actuelle d'un microbe...

Par élimination, on est alors conduit à admettre comme vraisemblable, en dehors d'un stade microbien inconnu, l'existence d'une toxine peladique dont la diffusion intra-tégumentaire et l'évacuation à distance seraient lentes.

La pelade rentrerait donc dans le groupe des maladies microbiennes où, après une action parasitaire transitoire, les lésions relèvent exclusivement de la toxine diffusée (tétanos, diphtérie), et l'on pourrait espérer pour l'avenir la possibilité d'une médication séro-thérapeutique.

Que ce soit là une hypothèse encore bien hardie, nul n'en

doutera; mais, dans l'impuissance médicale actuelle, il est permis au moins de se consoler par des rêves.

XII

Prophylaxie de la pelade.

Pour baser une prophylaxie générale de la maladie, il faut récapituler brièvement ce que l'on sait et ce que nous venons d'apprendre de sa contagiosité.

A n'examiner que les faits sans préoccupations doctrinales d'aucune sorte, on conclura de l'observation quotidienne :

1° Que sur un sujet atteint de pelade, la prophylaxie est très difficile; qu'en l'absence de traitement bien dirigé, les auto-inoculations sont de règle;

2° Que la transmission de la maladie d'un individu à un autre est bien moins facile, plus rare, plus irrégulière et de moyens moins connus;

3° Que les épidémies de pelade que l'on a observées avaient toutes pour siège un collège ou une caserne;

4° Que dans les familles de peladiques, la contagion est *très rarement* observée, à peine une fois ou deux sur cent cas;

5° Que la transmission de la maladie, dans une ville, semble bien due à la contamination par l'intermédiaire du coiffeur.

Ces faits sont constants, d'observation unanime, et je crois qu'il ne se trouverait pas à Paris un dermatologiste pour les démentir. Je ne les discuterai donc pas et je passerai de suite à leurs conclusions pratiques.

La première des conclusions qui découlent des faits précédents est la nécessité des soins prophylactiques du malade une fois atteint de pelade, soins destinés à prévenir, non pas a contagion d'autrui, mais la contagion de lui-même par lui-même. Cette prophylaxie spéciale, il n'est pas une des pages qui précèdent qui n'en ait affirmé la nécessité et indiqué les moyens. Elle fait partie intégrante et première du traitement

de la pelade. Nous y avons assez insisté pour ne plus y revenir désormais.

La deuxième conclusion est la nécessité d'une prophylaxie sévère dans les collèges et les casernes, les seuls foyers d'épidémies véritables de pelade. Je vais y revenir tout à l'heure.

Sans vouloir négliger des préceptes désormais courants d'hygiène privée, je serai bien moins strict dans la prophylaxie familiale de la pelade.

Quant aux préceptes d'hygiène publique qui devraient enrayer l'endémie peladique actuelle, je crois devoir leur réserver la première place et je vais en parler de suite.

A. — PROPHYLAXIE DANS LA VILLE

Il faut toujours atteindre un contage régnant, et dont l'endémicité est reconnue, dans ses centres de production et de reproduction. Nous avons dit que les coiffeurs étaient presque les seuls fauteurs d'épidémie en ce qui concerne la pelade. La prophylaxie urbaine de la pelade concerne donc exclusivement les améliorations à apporter dans l'exercice de cette profession.

Il n'en est presque pas où les préceptes d'hygiène, désormais vulgaires, et même les préceptes de propreté simple soient moins respectés. Or, la population entière d'une ville passe chez les coiffeurs; elle est, au point de vue des maladies contagieuses du cuir chevelu, à leur merci.

Je n'ai pas besoin d'insister sur le danger que peuvent présenter au point de vue hygiénique les peignes et brosses banals, les rasoirs, les ciseaux, les tondeuses, les houppes à poudres de riz, etc. Et l'éponge, commune encore chez beaucoup de coiffeurs, qui sert à essuyer la tête de tous les clients après l'ablution qui suit le schampoing!

De suite j'écarte une objection qui est faite mille fois pour une et qui n'a aucune valeur : « J'ai chez le coiffeur tous mes outils à moi, et ils ne servent que pour moi. »

D'abord, laisser ses peignes, brosses, etc., chez le coiffeur, c'est, à mon avis, s'exposer grandement à ce qu'ils servent à tout le monde. Mais laissons cela et supposons vrai ce qui n'est le plus souvent que théorique : que les peignes, brosses et accessoires qui appartiennent à un client ne soient mis en usage que pour lui. Suivons l'usage qui en sera fait.

Si une tondeuse pince ou coupe mal, on la remplace aussitôt par la tondeuse banale, ou bien on la graisse avec un pinceau huileux qui a graissé toutes les tondeuses précédentes.

Quand on s'est servi du peigne fin, on le nettoie aussitôt avec une brosse *ad hoc*, que presque jamais le client ne s'est procurée et qui nettoie semblablement tous les peignes fins de l'établissement.

Et puis tous les instruments quelconques, spéciaux à chaque client, sont déposés sur des tables sales, lavées au plus une fois par jour ; ils sont éparpillés çà et là parmi les peignes et les brosses banals.

En vérité, dans ces conditions, importe-t-il beaucoup d'avoir ou non ses instruments chez le coiffeur, puisqu'ils sont nettoyés et touchés à chaque instant par d'autres qui sont banals ?

Il est étrange que, dans un temps où la propreté chirurgicale est devenue si justement minutieuse, on comprenne si mal ce que doit être la propreté des professions qui touchent immédiatement le corps de tout le monde.

On objecte à ce fait l'impossibilité d'une législation. A supposer décrétés le nettoyage et la stérilisation de tous les instruments entre chaque client, — qui pourra vérifier si cette stérilisation est vraiment faite? Il faudra instituer un corps de vérificateurs comme pour les fabricants de poids et mesures? C'est impraticable. D'ailleurs il faut bien savoir que cette stérilisation n'est pas facile.

Nombre de coiffeurs, sous la pression de l'opinion publique, ont cherché un moyen de stériliser leurs instruments. Ils ont abouti à des manœuvres illusoires, sans valeur. S'ils cherchent à donner le change à l'opinion, ils peuvent réussir, mais

aucun homme sachant ce que doit être la stérilisation d'instruments tranchants, des éponges et des brosses, ne considérera une seconde leurs essais de stérilisation comme suffisants. Une stérilisation sérieuse est difficile pour trois raisons :

1° Parce que les outils qu'il s'agit de désinfecter sont gras.

2° Parce qu'ils sont tranchants.

3° Parce qu'ils sont compliqués.

Ils sont gras, et imperméables de ce fait à la plupart des solutions antiseptiques.

Ils sont tranchants, et la plupart des solutions antiseptiques émoussent les tranchants en quelques heures.

Ils sont compliqués. Entre les écrous d'une tondeuse ou les poils d'une brosse, il est des points que trois jours d'immersion dans l'alcool ne stériliseraient pas.

Plus on envisage cette question de salubrité publique, moins on comprend que la réforme à faire puisse être faite par ce côté. Que l'on suppose les moyens de désinfection les plus radicaux et les plus simples : une petite étuve à vapeur à pression instantanée telle que les étuves mobiles municipales; il faudrait encore un manœuvre qui sache les manipulations à faire, ce qu'est un manomètre, etc., et à quoi bon, si celui qui se servira de l'instrument propre a les mains sales?

Je le répète, la réforme à faire ne peut pas se faire de cette façon. — La profession ne se réformera pas toute seule. Il faut que le public la réforme, et le public seul peut le faire.

C'est une habitude nouvelle que le public doit prendre.

Il se sauvegardera lui-même. Il ne faut plus aller chez le coiffeur, il faut faire venir le coiffeur chez soi. Chez soi on aura avec son nécessaire de toilette *tous* les instruments nécessaires : rasoirs, tondeuses, ciseaux, éponges et brosses.

La dépense pour ceux qui voudront un arsenal complet est assez forte, mais, une fois faite, définitive. Je ne sais si je me trompe, mais quand le public saura mieux ce qu'il peut craindre des coiffeurs, — et il le saura dans peu d'années à voir la marche ascendante que suivent les statistiques de

pelade depuis ces années dernières, c'est là une réforme qui se fera toute seule.

Je ne connais guère de peladiques qui ne se soient décidés sur-le-champ à cette mesure, — pour eux tardive. Là comme toujours on attend son expérience propre pour conclure, sans profiter de l'expérience d'autrui. Mais la peur est un mobile énergique. Je suis convaincu que dans un avenir peu éloigné il agira. Et les besoins du public transformeront la profession et la réformeront sans secousse.

Hors de cette mesure, toute-puissante et seule puissante,— je déclare n'en voir pas une qui vaille la peine de la discussion. Et je trouve même fâcheux ces essais de désinfection illusoires, parce qu'ils donnent au public la plus fausse sécurité.

B. — PROPHYLAXIE DE LA PELADE A L'ÉCOLE ET A LA CASERNE

A la caserne et à l'école, j'ai dit que le coiffeur commun à tous les soldats ou à tous les écoliers était le grand propagateur de la pelade parmi eux. C'est donc lui qu'il faut surveiller.

A mon avis, la coupe des cheveux dans l'armée devrait être faite directement sous la surveillance médicale et attachée au service d'infirmerie. Avec des instruments en double, dont l'un servirait pendant la désinfection de celui qui vient de servir, on aurait toutes chances d'éviter les inoculations. Il suffirait pour la stérilisation d'une ébullition d'un quart d'heure dans la glycérine.

Pour les collèges, je crois que la prophylaxie doit être différente suivant qu'il s'agit d'écoles externes ou internes. Les internes comportent une surveillance identique à celle des casernes, car la question se présente de même. Pour les écoles externes, la coupe des cheveux serait laissée aux soins des familles et faite à l'extérieur.

Bien que la question du barbier et du coiffeur soit de

beaucoup la plus importante en ce qui concerne la prophylaxie de la pelade, ce n'est pas à dire que cette maladie ne puisse se transmettre que par cet intermédiaire nécessaire. Les coiffures et les instruments de toilette prêtés peuvent devenir des instruments de contagion. Mais autant ces causes sont primordiales en ce qui concerne la propagation des teignes cryptogamiques, autant elles paraissent accessoires en ce qui concerne la pelade, bien moins facilement contagieuse.

Les soins exceptionnels et la surveillance rigoureuse de ce côté ne sont nécessaires qu'en temps d'épidémie locale.

Nous l'avons dit, la pelade ne crée des épidémies en foyers que très rarement. Et après une étude attentive des commémoratifs de chacune de ces épidémies, on demeure persuadé que la seule surveillance du coiffeur qui l'a faite l'eût enrayée de prime abord.

C. — PROPHYLAXIE DANS LA FAMILLE

Un cas de pelade survient dans une famille, quelles mesures de prophylaxie faut-il prendre pour empêcher la contagion ?

A mon avis, il faut se garder des mesures excessives, tant la contagiosité extérieure de la pelade me semble minime.

J'ai vu conseiller des désinfections générales d'un appartement, la séquestration du malade, l'éloignement des enfants sains, proscrire entre deux conjoints, non seulement le lit commun, mais la chambre commune. Rien de tout cela ne semble utile.

Je sais bien que dans une telle discussion j'aurai contre moi tous ceux qui tiennent pour l'origine parasitaire de la pelade. Cela ne change pas un avis basé sur l'examen rigoureux des faits tels qu'ils se présentent.

Personne n'est plus convaincu que moi de l'origine parasitaire de la pelade. Mais ceci admis (prouvé par des faits convaincants quoique très rares) ne change rien au fait observé

mille fois de peladiques cohabitant avec des personnes saines et ne les contaminant pas pour une fois où la contagion surviendra.

Tout se passe comme si le germe inconnu demandait pour vivre le terrain spécial de celui sur qui il a fait élection, — ou comme si la contagion pour se produire demandait une inoculation avec effraction, — ou encore, et plus généralement, comme si un germe sur des millions se trouvait seul capable de reproduire la maladie.

Quelque hypothèse qu'on admette, le fait est que la contagiosité de la pelade est spéciale et très faible, presque nulle dans les conditions de simples rapports familiaux.

Il n'y a du reste pas lieu de s'étonner outre mesure d'une maladie contagieuse, si peu et si spécialement contagieuse, quand on voit d'autres maladies comme la lèpre où pullule incroyablement le parasite causal, ne montrer aucune contagion en nos pays.

Est-ce à dire qu'aucune précaution de prudence ne doive être prise dans ces cas? Assurément non.

Le malade doit avoir son lit à part, ses instruments de toilette à lui, ses vêtements et ses coiffures à lui. On peut si l'on veut, et cela vaut mieux, lui conseiller de garder partout la tête couverte. A ces précautions doivent se borner les soins prophylactiques dans la famille.

Il va sans dire que, si une seconde contamination survenait, les mesures à prendre devraient être bien plus sérieuses; il faudrait aussitôt prescrire l'isolement relatif des malades. Mais ce sont là des faits si rares que, hors le spécialiste, le médecin peut n'en pas voir un seul cas dans sa vie entière.

Et quand on songe qu'à la longue le médecin n'empêche guère deux conjoints, dont un peladique, de reprendre le lit commun sans voir pour cela dans l'immense majorité des cas la contagion s'étendre de l'un à l'autre, on comprendra que l'observateur trouve excessives la plupart des mesures de séquestration qui ont été préconisées contre les peladiques isolés.

Je le répète. La conduite du médecin serait tout autre si un seul cas de contagion nouvelle survenait. Mais ce fait est trop rare pour dicter une conduite aveuglément semblable en tous cas.

Nous l'avons dit, ces mesures de surveillance douce seraient déplacées dans un groupe scolaire ou militaire; mais dans la famille, les mesures rigoureuses cliniquement nous semblent injustifiées.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT DE L'HYPERTRICHOSE

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

L'hypertrichose, ou développement exagéré des poils, peut être localisée ou généralisée.

L'hypertrichose *généralisée* est une affection rare, souvent familiale; elle échappe à la thérapeutique.

L'hypertrichose *localisée* peut être *congénitale* ou *acquise*. La première s'associe souvent à la production des naevi pigmentaires; mais elle peut exister indépendamment d'eux, comme le fait s'observe assez fréquemment encore à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

L'hypertrichose *acquise* s'observe en quelque degré chez l'homme, sur le nez par exemple, mais c'est chez la femme et surtout à la face qu'elle acquiert une importance réelle par l'état disgracieux qu'elle donne au visage et par le désespoir dans lequel elle plonge un certain nombre des malades qui en sont atteintes. L'hypertrophie se montre au moment de l'adolescence, chez les jeunes filles; elle affecte surtout les parties latérales des joues, la lèvre supérieure, le menton. Dans l'âge mûr, nombre de femmes voient des poils volumineux et dis-

gracieux se développer sur le menton, aux commissures des lèvres, sur la poitrine et aux seins. Il n'est pas rare encore d'observer chez la femme un développement exagéré des poils entre les deux seins, autour du mamelon et de l'aréole.

II

Traitement.

A. — La plupart des moyens employés pour masquer l'hypertrichose ne servent qu'à dissimuler temporairement celle-ci et ont souvent pour résultat d'amener une exagération de la difformité contre laquelle ils sont utilisés : telles l'*épilation*, l'habitude de *couper* les poils malades avec des ciseaux ou de les *raser*, de les *flamber* à l'alcool : ces différents modes d'action amènent au bout d'un certain temps le développement d'un nombre plus considérable de poils volumineux et une augmentation de volume des poils avulsés. Ce n'est que dans des cas tout à fait exceptionnels qu'on a vu les poils s'atrophier par des épilations répétées; c'est un résultat sur lequel il ne faut pas compter, tout au contraire.

Les *pâtes épilatoires* vantées comme capables d'amener la destruction rapide des poils sont fort nombreuses : après la *poix de Bourgogne* et les préparations similaires, qui avaient pour but d'arracher les poils et dont l'usage est justement abandonné, ce sont les pâtes destinées uniquement à détruire la portion apparente des poils. Parmi elles, les plus employées sont :

DÉPILATOIRE DE BOUDET

℞ Hydro-sulfate de soude.	3	grammes.
Chaux vive en poudre	10	—
Amidon.	10	—

M. s. a.

Pour appliquer cette poudre, on la délaye avec un peu d'eau. Au bout de trois à quatre minutes, son effet est produit. Ce dépilatoire revient à celui de Martins.

DÉPILATOIRE DE COLLEY

℞ Chaux vive . . . . . 30 grammes.
Nitre. . . . . 4 —
Lessive des savonniers. . . . . 125 —
Orpiment. . . . . 12 —
Soufre . . . . . 4 —

M. s. a.

Faites évaporer en consistance convenable.

DÉPILATOIRE DE DELCROIX

℞ Chaux vive. . . . . 30 grammes.
Gomme pulvérisée. . . . . 60 —
Orpiment . . . . . 4 —

M. s. a.

DÉPILATOIRE DE MARTINS OU DE BOETTGER

℞ Chaux récemment éteinte et bien décarbonatée 2 parties.
Eau . . . . . 3 —

M. s. a.

On obtient par un mélange exact un lait de chaux épais dans lequel on fait arriver, jusqu'à saturation, du gaz acide sulfhydrique. Pendant l'opération, on doit agiter fréquemment le lait calcaire afin qu'il se charge uniformément et complètement de gaz.

On obtient ainsi un produit de consistance de bouillie et d'une couleur vert bleuâtre, due au fer contenu naturellement dans la chaux, et qui s'est sulfuré pendant l'opération. Par le repos, la partie solide se dépose et la partie liquide surnage. Au moment de l'emploi, on doit rétablir l'homogénéité de la masse. Elle a une odeur d'œufs pourris.

Pour s'en servir, on recouvre d'une couche de un à deux millimètres d'épaisseur la partie velue que l'on veut épiler. Au bout de huit à dix minutes, et même moins, la masse, de molle qu'elle était, est devenue solide; on lave avec de l'eau froide ou chaude; et la peau se trouve dénudée plus complètement qu'avec le meilleur rasoir et sans développement d'irritation. Le dépilatoire ne détruisant pas le bulbe pileux, il faut recommencer l'opération de temps en temps. Pour son emploi sur la lèvre supérieure ou sur le menton, il faut avoir soin d'interposer un corps au-dessous du nez pour le mettre à l'abri des émanations hydro-sulfureuses.

DÉPILATOIRE DE PLENCK

℞ Orpiment. . . . . 1 gramme.
Amidon . . . . . 10 —
Chaux vive. . . . . 16 —

M. s. a.

Faites une poudre fine que vous conserverez dans un flacon bouché à l'émeri.

Pour s'en servir, on fait une pâte claire avec de l'eau que l'on applique sur la partie que l'on veut épiler. Dès que la pâte est sèche, on l'enlève avec de l'eau.

PATE DE HEYMANN

℞ Gomme arabique	6	parties.
Ichtyocolle.	16	—
Cochenille	4	—
Curcuma pilé	8	—
Alun		
Crème de tartre	1 à 4	—
Carbonate de potasse		

M. s. a.

Faire bouillir pendant 1 heure avec un litre de chaux : filtrer, mélanger avec une demi-livre de pierre ponce et du blanc d'œuf, pour former une pâte que l'on laisse sécher : on frictionne les parties velues, et les poils se détachent

POUDRE ÉPILATOIRE SIMPLE

℞ Chaux vive	125	grammes.
Iris en poudre.	15	—

M. s. a.

POUDRE LAFOREST

℞ Orpiment.	30	grammes.
Litharge	30	—
Mercure.	60	—
Poudre d'amidon.	30	—

M. s. a.

PATE DE CALL ANDERSON

℞ Sulfure de baryum.	6	grammes.
Oxyde de zinc.	24	—
Carmin.	0,06	—

M. s. a.

On mélange cette poudre à une quantité d'eau suffisante pour en faire une pâte; on l'étale sur la partie malade, puis on l'enlève et on savonne au bout de trois minutes.

Le *sulfure de calcium* agit de même.

PATE DE DUHRING

℞ Sulfure de sodium	8	grammes.
Craie préparée.	24	—

M. s. a.

Triturer avec de l'eau de manière à faire une pâte; appliquer en couche

mince pendant dix à quinze minutes; enlever dès que l'on éprouve une sensation de cuisson; laver et mettre une pommade calmante.

RUSMA DES ORIENTAUX

On délaie dans neuf parties de *chaux vive* une partie d'*orpiment;* on ajoute un jaune d'œuf ou de la farine de froment et on fait bouillir avec un peu d'eau, de façon à avoir une pâte qu'on applique en couche mince, avec une spatule en bois, sur les points où sont les poils; au bout de cinq à dix minutes, quand la cuisson commence à être vive, on racle rapidement avec la spatule, puis on lave la peau à l'eau chaude et on saupoudre avec une poudre inerte blanche (amidon, poudre de riz, oxyde de zinc); ou bien, si l'irritation est trop vive, on fait une onction avec une pommade émolliente.

B. — La méthode vraiment active pour détruire les poils est l'*épilation par l'électrolyse*. Elle consiste à détruire le bulbe du poil en le faisant traverser par un courant négatif. Cette méthode de traitement, recommandée d'abord par Léon Le Fort en France et par Michel de Saint-Louis, en Amérique, a actuellement un manuel opératoire nettement réglé; son usage a été vulgarisé en France par les travaux de mon savant collègue Brocq.

Les instruments nécessaires pour pratiquer cette opération sont une pile avec galvanomètre bien réglé et bien sensible, des aiguilles à extrémité très fine. Ces aiguilles peuvent être en or, en platine ou même en acier; mais il est très important que leur trempe soit parfaite; flexibles, elles peuvent se courber pendant l'opération; trop dures, elles risquent de se briser. Ces aiguilles peuvent être montées sur un porte-aiguille; mais celui-ci est d'une manœuvre difficile dans une opération qui demande une grande délicatesse dans le mouvement des doigts, et la plupart des opérateurs sont aujourd'hui d'accord pour préférer des aiguilles coudées à leur extrémité et montées sur une pièce métallique à pans coupés, d'une longueur de deux centimètres environ, d'un diamètre de 3 à 4 millimètres, percées d'un canal central dans lequel on engage la barette terminale du fil électrique.

Un certain nombre de dermatologistes ont conseillé de recouvrir l'aiguille d'un corps isolant ne laissant à décou-

vert que les derniers millimètres de la pointe : cette précaution a pour but d'éviter une irritation trop grande des tissus traversés par l'aiguille et de limiter son action à la partie terminale, au niveau du bulbe pilaire. Le revêtement de l'aiguille par un corps isolant paraît une précaution inutile, parce que naturellement la diffusion de l'électricité se limite à la pointe.

Voici, du reste, l'opinion de Brocq à ce sujet :

« On a cherché à éviter toute cicatrice ultérieure en épargnant les couches superficielles du derme et l'épiderme et en n'agissant que sur le bulbe pileux. On a pour cela isolé la tige des aiguilles jusqu'à 2 millimètres environ de la pointe, qui agit seule sur les tissus. On comprend donc qu'en mettant cette pointe libre en contact avec le bulbe du poil, si ce bulbe est à 3, 5, 7 millimètres de profondeur, les couches superficielles du derme resteront indemnes. J'ai vite renoncé aux aiguilles isolées par les procédés ordinaires, car il est fort difficile de faire tenir du vernis sur des tiges aussi minces; dès qu'on introduit l'aiguille dans le follicule pileux, le vernis se détache; il faudrait avoir une aiguille pour chaque poil. M. Chardin est arrivé à construire, sur mes indications, une aiguille isolée assez pratique. C'est une tige en platine iridié, de la longueur et de la grosseur de mes aiguilles ordinaires, montée sur le même cylindre qu'elles. A 2 millimètres de la pointe, que l'on fait aussi fine que possible, on use un peu la tige circulairement dans une étendue de 4 à 5 millimètres, de manière à obtenir une sorte de petite dépression. On enroule ensuite dans cette petite dépression un fil de soie extrêmement fin qui recouvre complètement le métal à ce niveau et qui constitue le corps isolant. L'introduction de cette aiguille est parfois assez laborieuse; il faut lui imprimer quelques mouvements d'hélice. Il est de plus malaisé de savoir si la partie terminale libre est en contact avec le bulbe du poil. Enfin on ne peut, quand on l'emploie, saisir l'instant précis où ce bulbe est désorganisé. Aussi doit-on exercer, pendant que le courant passe, des tractions légères sur ce poil avec la pince, ou se

résoudre à tâtonner, et à faire passer un courant de force connue et mesurée pendant un laps de temps rigoureusement déterminé, de manière à avoir une quantité précise d'électricité que l'expérience aura démontrée nécessaire et suffisante chez la malade en question pour la destruction de poils semblables à celui que l'on opère dans la même région. Toutes ces difficultés font que l'on ne doit se servir des aiguilles isolées que lorsqu'on n'a à détruire que quelques poils très volumineux situés dans des régions fort apparentes : sinon il faut se servir des aiguilles ordinaires. »

Le but de l'opération est de détruire le bulbe du poil. Pour arriver à ce résultat, on commence par amener la pointe de l'aiguille en contact avec celui-ci en pratiquant le cathétérisme du follicule pileux. Pour faire cette opération dans de bonnes conditions, il est bon d'avoir des notions aussi précises que possible sur le volume des poils, sur leur direction et surtout sur la profondeur du bulbe, éléments très variables avec les régions et les individus : on pourra acquérir quelques-unes de ces notions en pratiquant l'avulsion d'un ou plusieurs poils similaires de ceux sur lesquels on devra opérer.

Pour pratiquer le cathétérisme du follicule pileux, on introduit l'aiguille au niveau du poil et on la pousse suivant sa direction présumée : si la direction a été bien prise, l'aiguille glisse jusqu'à la profondeur du bulbe facilement et sans que la main de l'opérateur éprouve la moindre résistance ; si l'opérateur éprouve une résistance avant d'être arrivé au niveau cherché, c'est que la pointe de l'aiguille n'est pas dans la cavité du follicule ; il faut retirer l'aiguille sans plus forcer, recommencer l'opération et modifier la direction jusqu'à ce qu'on sente que l'aiguille s'enfonce, pour ainsi dire, toute seule.

Quand l'aiguille a été amenée en place, il s'agit de faire passer et de régler le courant. Pour cela, différents procédés peuvent être employés, suivant que le médecin a ou n'a pas d'aide à sa disposition. S'il y a un aide, l'opéré saisit dans la

main le cylindre imbibé d'eau salée qui correspond au pôle positif, ou porte, appliquée solidement sur le bras, une plaque métallique et humide qui correspond à ce même pôle; l'aide fait tourner lentement la manette du collecteur du galvanomètre jusqu'à ce que l'aiguille indique l'obtention de l'intensité maxima avec laquelle on veut agir, en général de 2 à 5 milliampères. On maintient l'intensité du courant pendant le temps jugé nécessaire à la destruction du bulbe (voir plus bas), puis on ramène le collecteur rapidement au zéro.

Quand on n'a pas d'aide, Brocq conseille de commencer par porter le collecteur de la machine sur le nombre d'éléments qui correspond à peu près au courant dont on veut se servir; puis l'aiguille est mise en place et introduite dans le follicule. Quand l'aiguille est bien placée, l'opéré saisit le cylindre formant le pôle négatif; il le serre lentement, progressivement pour ne pas éprouver de secousses douloureuses que les différents tâtonnements, qu'on est obligé de faire pour mettre l'aiguille en place, lui occasionneraient s'il tenait ce cylindre dès le début de l'opération; quand le médecin juge que le poil est suffisamment détruit, il commande de lâcher le cylindre, puis il retire l'aiguille. Les douleurs de l'ouverture et de la fermeture du courant sont ainsi atténuées, quoiqu'elles soient plus vives que lorsqu'on se sert d'un aide. Ce mode de procéder demande de la part du malade un calme et une volonté qu'il n'est pas donné à tous d'atteindre.

Pour suppléer à l'aide absent, différents interrupteurs ont été construits qui se placent sur le trajet du fil négatif, se manœuvrent avec le pied et permettent à l'opérateur d'ouvrir et de fermer le courant, tout en conservant la liberté de ses deux mains et sans s'en rapporter à l'intervention du malade : quelques-uns de ces interrupteurs sont construits de telle sorte que la mise en mouvement du courant ne se fait que progressivement, en évitant toute secousse douloureuse. En tout cas, l'aiguille ne doit être enlevée qu'après l'interruption du courant.

L'épilation électrolytique est une opération douloureuse,

surtout en certaines régions comme les lèvres, les narines; aussi a-t-on été naturellement conduit à tenter l'anesthésie locale avant l'opération. Les essais faits dans cette voie n'ont pas donné grand résultat. Les badigeonnages et les frictions avec les solutions et les pommades à la cocaïne, en particulier, n'apportent pas de soulagement notable. Il sera bon cependant, dans un certain nombre de cas, particulièrement chez les sujets nerveux, de les employer autant pour l'influence morale qu'elles pourront exercer que pour la légère atténuation de la douleur qu'elles pourront procurer. Les injections de cocaïne, même au centième, recommandées par Dubreuilh, sont redoutées de la plupart des opérateurs à cause des accidents graves imprévus qu'elles amènent quelquefois.

Dès que le courant passe, une zone érythémateuse assez étendue se développe autour de l'aiguille; puis une écume blanchâtre se montre au centre de celle-ci; enfin, quand l'action du courant est maintenue un certain temps, la mousse est remplacée par un petit cercle brun clair; après l'ablation de l'aiguille, il se développe une vésicule transparente dont le contenu se trouble rapidement. Il y a en même temps tuméfaction générale de la région sur laquelle on a opéré, et, si les poils étaient volumineux et profonds, il se forme un véritable noyau d'induration. Tous ces accidents tombent rapidement, et le lendemain de l'opération on ne voit plus que de petites vésico-pustules, ou des points acnéiformes, de petites eschares qui correspondent aux piqûres (Brocq).

L'intensité du courant à employer variera avec le volume des poils à enlever : il oscillera entre 2 et 4 milliampères, 5 au plus; des courants plus forts pourraient amener une désorganisation excessive des tissus et la production de cicatrices trop apparentes.

Le temps pendant lequel le courant doit être maintenu varie avec la profondeur et le volume des poils, suivant la région où l'on opère : une certaine habitude de l'épilation électrolytique est nécessaire pour l'apprécier exactement. Quelques indications générales peuvent cependant être don-

nées. Pour les poils fins, un temps de dix à quinze secondes suffira généralement; pour les poils volumineux, il faudra souvent le prolonger pendant trente à quarante secondes. Voici les recommandations données par Brocq :

« S'il s'agit de poils volumineux placés en des points où de petites traces blanches soient imperceptibles, comme la partie inférieure du menton, on peut faire passer le courant jusqu'à ce que le poil cède à des tractions modérées, ou tout au moins, s'il résiste trop longtemps, jusqu'à ce qu'il se forme autour de l'aiguille un petit cercle d'un brun clair, et lorsqu'il y a déjà de dix à vingt secondes que la mousse s'est montrée avec un courant de 4 à 5 milliampères. Dans ce dernier cas, on regarde au bout de dix à quinze minutes si le poil tient encore. Le plus souvent il vient sans résistance, ce qui prouve qu'il a été détruit. Sinon, on remet son ablation définitive à une séance ultérieure.

« S'il s'agit de poils placés à des endroits assez visibles tels que la partie supérieure du menton, les joues, on opère en exerçant sur eux des tractions assez fortes avec la pince. On doit avoir quelques récidives, mais on se rapproche le plus possible du moment précis où le bulbe est désorganisé.

« Enfin, s'il s'agit de poils assez fins et placés en des régions fort douloureuses, délicates, où il faut à tout prix éviter d'avoir la moindre cicatrice, comme à la lèvre supérieure, par exemple, on exerce sur le poil des tractions assez fortes; mais, de plus, on cesse de faire passer le courant dès que la mousse s'est formée autour de l'aiguille depuis trois ou quatre secondes.

« On attend ensuite quelques minutes. Si au bout de ce laps de temps le poil ne cède pas à des tractions modérées, ce qui arrive parfois, et si les tissus périphériques ne paraissent pas avoir été trop désorganisés, on fait passer de nouveau le courant jusqu'à ce que le poil cède à des tractions assez fortes. Si au contraire les tissus sont trop atteints, on remet à une prochaine séance la destruction complète du poil. »

Le conseil, donné comme loi générale, d'arrêter le courant

dès que la mousse se montre autour de l'aiguille, conduirait souvent à le suspendre avant que la désorganisation du poil ne fût suffisante. Si on exerce des tractions modérées pendant le cours de l'opération jusqu'à ce que le poil cède et vienne au bout de la pince, on s'expose à désorganiser beaucoup trop profondément les tissus.

Il ne faut pas enlever dans la même séance des poils assez rapprochés les uns des autres pour que les vésicules provoquées par l'opération viennent au contact les unes des autres. Le nombre de poils qu'on peut enlever dans une seule séance n'est pas limité, dès lors qu'on respecte la condition que je viens d'indiquer; généralement, au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure de séance, opérateur et opéré ne demandent qu'à suspendre; dans ce temps, suivant le siège et l'importance des poils, il est possible d'en enlever de trente à quatre-vingts. On peut au besoin faire plusieurs séances dans une même journée, pourvu que la région sur laquelle on opère soit assez étendue pour que les vésicules, provoquées par l'électrolyse, ne viennent pas au contact les unes des autres. Si les vésicules étaient assez rapprochées pour devenir confluentes, il y aurait à craindre la production de cicatrices vicieuses.

Les modifications de la peau, observées à la suite de l'opération, sont des plus variables suivant l'intensité du courant employé, suivant la région, suivant les sujets. Après cinq ou six jours, toute trace de l'opération peut avoir disparu; plus souvent, il persiste pendant un certain temps des taches érythémateuses, des taches pigmentées, qui laissent de petits points blanchâtres cicatriciels visibles surtout quand on tend la peau. Après l'ablation des poils volumineux, surtout au niveau du menton, il n'est pas rare d'observer de petites indurations kéloïdiennes du volume d'une tête d'épingle ou de petites dépressions cupuliformes rappelant les petites cicatrices de l'acné ou de la variole.

A la suite de séances rapprochées faites dans une région touffue, il est habituel de voir une induration phlegmoneuse

de la peau se produire; cette induration s'efface et disparaît spontanément au bout de quelque temps.

Un certain nombre de poils échappent à la destruction complète, quelle que soit l'habileté de l'opérateur; quelques-uns repoussent avec toutes leurs qualités; la plupart repoussent tortueux, recroquevillés, avec une extrémité en massue; quand on essaie de détruire à nouveau de tels poils, l'opération est souvent fort délicate; le canal pilaire est devenu flexueux comme le poil extérieur et il est fort difficile d'atteindre le bulbe.

Après la destruction des poils volumineux d'une région, il est habituel de voir celle-ci se recouvrir d'un certain nombre de poils assez gros; ceux-ci ne sont pas des poils attaqués et ayant échappé à la destruction, mais des poils follets et peu volumineux qui se développent d'une façon plus considérable après la destruction de leurs congénères. Cette croissance de nouveaux poils exige une nouvelle intervention et il n'est pas rare qu'on soit forcé d'intervenir de la sorte plusieurs fois de suite. En général, il persiste dans la région opérée un certain duvet.

Il faut éviter d'appliquer des topiques irritants sur la région opérée; ils semblent avoir pour résultat de favoriser la repousse de poils volumineux : on se contentera de faire des applications de poudres inertes en cas d'irritation.

La destruction des poils par l'épilation électrolytique, à moins que l'opération n'ait pour but de faire disparaître seulement quelques poils rares et volumineux, est toujours une entreprise longue et douloureuse. D'après Brocq, un opérateur habile ne mettrait pas moins de deux mois pour épiler la lèvre supérieure, six mois pour le menton, deux ans pour détruire une barbe fournie entière.

Les indications, généralement admises, de l'épilation électrolytique sont les suivantes :

Quand une jeune femme vient consulter pour une hypertrichose de la face peu accentuée, ne portant qu'un léger duvet peu apparent, il faut lui conseiller de se contenter de

dissimuler autant que possible cette légère infirmité. S'il existe quelques poils très développés et vraiment difformes, elle pourra les couper avec des ciseaux, les arracher avec des pinces, les flamber, bien que ces opérations fréquemment répétées conduisent à un développement plus exagéré encore. Il faudra déconseiller l'usage des pommades épilatoires qui sera toujours suivi d'une exagération notable du développement des poils et même du duvet.

Si le développement des poils est véritablement excessif et rend le visage difforme, si la malade insiste pour leur destruction, il faudra recourir à l'électrolyse, en ayant soin de ne détruire que les poils les plus volumineux.

On se décidera plus facilement à enlever les poils de la région pré-sternale, du mamelon, ceux qui recouvrent les nævi pigmentaires, les poils volumineux du menton développés chez les femmes d'un certain âge.

Les femmes porteuses de véritables barbes seront informées de la longueur et des difficultés du traitement; si elles insistent, si leur moral est véritablement affecté, si elles persistent dans une ferme volonté de se faire opérer malgré les objections du médecin, il est des cas où il sera difficile de ne pas céder et de ne pas faire un essai de destruction.

Dans ces derniers temps, l'emploi des *rayons X* a été recommandé en Amérique comme susceptible de faire tomber les poils et comme moyen pratique d'épilation. Nous n'avons aucune expérience de ce mode d'épilation, mais il ne nous paraît devoir procurer qu'une chute tout au moins temporaire des poils.

CHAPITRE X

TRAITEMENT DU LENTIGO

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

Le lentigo est constitué par des taches brunes, arrondies, ayant en moyenne 3 à 4 millimètres de diamètre ; elles s'observent surtout aux parties découvertes, face, mains, avant-bras, et chez les personnes à cheveux roux. Ces taches sont d'origine congénitale et se rapprochent beaucoup des nævi, mais elles s'accusent sous l'influence de la lumière ; aussi sont-elles plus visibles en été qu'en hiver.

On ne peut pas songer à la guérison complète des taches de rousseur ; il faut se contenter de les atténuer, ou de les faire disparaître momentanément.

Les moyens employés pour le chloasma, et qui consistent à déterminer une desquamation de l'épiderme, sont utiles pour le lentigo. On peut obtenir une certaine atténuation par l'usage longtemps prolongé, pendant la nuit, d'une pommade contenant 3 grammes de *calomel* pour 20 grammes de vaseline.

Un moyen plus actif est l'application, pendant la nuit, de compresses imbibées d'une solution de *sublimé* à 1/500e additionnées de 5 p. 100 de glycérine pour empêcher une dessiccation trop rapide.

Kaposi fait appliquer pendant quatre heures des compresses imbibées de :

℞ Eau.	ââ. . .	50 grammes.
Alcool.		
Sublimé.		1 gramme.

Dissolvez.

Au bout de ce temps, il se fait des phlyctènes que l'on panse avec une poudre inerte. En quelques jours, l'épiderme se desquame en laissant une peau blanche. Il en est de même des pommades *soufrées* fortes :

℞ Axonge.	20	grammes.
Soufre précipité	2	—
Acide salicylique.	1	—
Carbonate de soude	2	—

M. s. a.

Après quelques jours, il se fait une dermite intense suivie de desquamation qu'on panse avec une pommade à l'*oxyde de zinc*.

Tous ces moyens n'ont qu'une action momentanée, et, au bout quelque temps, les taches renaissent d'autant plus que le malade s'expose davantage au soleil.

Comme moyen *prophylactique*, il faut éviter la lumière solaire, le vent, le séjour au bord de la mer ou dans les montagnes. On pourrait aussi arrêter les rayons actiniques du soleil par l'usage d'un voile rouge orangé.

CHAPITRE XI

TRAITEMENT DES NÆVI

PAR

E. GAUCHER ET C. BARBE

Professeur agrégé à la Faculté
de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis,
Chef du laboratoire de dermatologie
de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Divisions.

Les nævi, vulgairement appelés *envies*, sont des altérations cutanées localisées, congénitales, permanentes, dues soit au développement exagéré des vaisseaux, soit à une production anormale de pigment sur une surface limitée des téguments. Cependant tous les nævi ne sont pas congénitaux; quelques-uns peuvent se développer tardivement, même plusieurs années après la naissance.

Les nævi se divisent donc en deux grandes classes : les nævi pigmentaires et les nævi vasculaires.

II

Nævi pigmentaires.

Les nævi pigmentaires sont formés par des taches de pigment sans ou avec épaississement de la peau sous-jacente; ils peuvent être glabres ou couverts de poils (n. pilaires). Ces

nævi se subdivisent en nævi lisses, nævi verruqueux, nævi hypertrophiques (Kaposi); ces deux dernières variétés renferment quelquefois beaucoup de pigment, mais, dans d'autres cas, sont à peine teintées en gris jaunâtre. Voyons maintenant les différents procédés de traitement applicables à chacune de ces formes.

Les *nævi lisses* pourront être cautérisés avec les acides : *nitrique*, *chlorhydrique*, *phénique*, et mieux encore avec la *pâte de Vienne*. De tous les agents caustiques, la pâte de Vienne est certainement le meilleur. On pourra se servir aussi du *thermo-cautère* à pointe fine et mieux encore du *galvano-cautère*. L'*électrolyse* n'a pas donné de bons résultats. Il faut bien savoir que tous ces moyens laissent à leur suite une cicatrice plus ou moins visible, et le plus souvent il sera préférable de ne pas toucher à ces productions.

C'est pour les *nævi verruqueux* que l'*électrolyse* a donné de réels succès; nous donnerons plus loin sur ce procédé tous les détails nécessaires. Le raclage, la destruction avec le galvano-cautère pourront être aussi employés.

Les *nævi hypertrophiques* sont du ressort de la chirurgie, si les moyens précédents ne sont pas applicables.

Dans les nævi pilaires, on détruira chaque poil à l'aide de l'électrolyse, en mettant le pôle négatif en communication avec l'aiguille électrolytique implantée dans chaque follicule.

III

Nævi vasculaires.

Les nævi vasculaires se subdivisent en nævi sanguins et nævi lymphatiques suivant qu'ils sont dus à la néoformation de vaisseaux sanguins ou de lymphatiques.

A. — NÆVI SANGUINS

Les nævi sanguins (angiomes, hématangiomes) se subdivisent en nævi plans et en nævi tubéreux.

Avant d'aborder toute question de traitement, il est né-

cessaire de savoir qu'il ne faut pas opérer de tout jeunes enfants; car certains nævi ont de la tendance à rétrocéder et même à disparaître. Si, au contraire, le nævus ne fait qu'augmenter, au bout de quelques semaines, de quelques mois, alors on interviendra. Il est inutile aussi d'agir sur les nævi peu étendus, siégeant sur des parties cachées. C'est surtout à la face qu'on est appelé à les opérer habituellement.

Les nævi vasculaires peuvent être traités comme les nævi pigmentaires, par les *acides* ou par la *pâte de Vienne;* si l'on emploie cette dernière, on en appliquera une couche mince qu'on enlèvera au bout de deux ou trois minutes.

Chez les sujets non vaccinés, la *vaccination* produit souvent une inflammation suffisante pour faire disparaître un nævus. Lorsque l'on pratique cette vaccination, il est bon de ne pas enfoncer profondément l'aiguille chargée de vaccin, de façon à ne pas provoquer de petites hémorragies, ce qui pourrait nuire à l'inoculation, mais on l'introduira superficiellement, en grattant pour ainsi dire la surface du nævus. Les inoculations seront très rapprochées. Quand les pustules vaccinales se seront développées, on n'attendra pas plus longtemps que le cinquième jour pour inoculer les points qui ont été épargnés, le sujet devenant à ce moment réfractaire à la vaccination. Mais tous ces procédés, et beaucoup d'autres que nous n'énumérons pas parce qu'ils ne sont pas employés, doivent céder le pas aux moyens suivants : scarifications linéaires, thermo-cautérisation, galvano-cautérisation, électrolyse.

Les *scarifications linéaires* constituent un bon procédé, applicable plutôt aux télangiectasies, surtout à celles de la face. Elles seront faites avec une aiguille tranchante; elles seront parallèles entre elles, très rapprochées les unes des autres, assez profondes pour atteindre le derme sans le dépasser; enfin elles seront quadrillées, c'est-à-dire qu'après avoir fait une première série de scarifications, on en fera une deuxième série, qui coupera la précédente très obliquement. Ce procédé n'est applicable qu'aux productions très peu étendues et très superficielles, car il expose aux hémorragies.

Le thermo-cautère à pointe fine ou le galvano-cautère à une ou plusieurs pointes donne d'excellents résultats dans les nævi, mais il faut presque toujours y revenir à plusieurs fois pour en obtenir la disparition complète, et il faut bien savoir que la cautérisation laisse une légère cicatrice blanche, qui peut pourtant finir par s'effacer. Ce procédé n'est applicable qu'aux taches vasculaires de petites dimensions.

L'*électrolyse* est vraiment le procédé de choix dans les nævi plans; dans les nævi tubéreux, c'est le seul procédé efficace. L'électrolyse est une méthode un peu longue; elle demande plusieurs séances, mais elle est exempte d'hémorragie et de suppuration.

Pour pratiquer l'électrolyse, il faut une pile donnant un courant d'une intensité élevée, c'est-à-dire une grande quantité d'électricité, les effets chimiques ou électrolytiques étant proportionnels à la quantité d'électricité. Aussi aura-t-on un galvanomètre divisé en milliampères pour évaluer cette intensité. La pile sera composée d'éléments à grande surface, puisque l'intensité est en rapport avec la surface; il y aura un petit nombre d'éléments seulement, pour qu'il y ait peu de tension ou de force électro-motrice. La douleur provoquée par le passage du courant sera également moindre avec quelques éléments. Il faut en outre que la pile ait un débit constant et produise un courant bien continu; aussi l'on rejettera les piles au bichromate de potasse ou au bisulfate de mercure, et l'on emploiera celles au bioxyde de manganèse ou au chlorure d'argent.

De plus, on aura une aiguille en or ou en platine, car les aiguilles en acier sont attaquées par les acides qui se dégagent au pôle positif. L'aiguille sera enfoncée à une profondeur variable, de 2 à plusieurs millimètres. Si la tache angiomateuse est large ou la tumeur volumineuse, on emploiera plusieurs aiguilles qui seront jointes au même pôle.

A quel pôle réunira-t-on l'aiguille implantée dans le nævus? Au pôle positif, car c'est au pôle positif que se produisent la coagulation de la fibrine et la modification chimique des tissus et des tumeurs, appelée par Tripier la *résolution électrique*,

tandis que le pôle négatif détermine la destruction des tissus ou *la chimie caustique*. Le pôle négatif sera donc placé dans la main du malade et consistera dans une large plaque métallique, recouverte d'une peau de chamois humectée d'eau salée.

L'intensité du courant évalué en milliampères et sa durée d'application varieront avec l'étendue et la profondeur de la lésion. Si la tache est petite, 2 à 3 milliampères pendant quelques secondent suffiront. Pour les taches larges et les angiomes saillants, on emploiera 8 à 10 milliampères pendant 8 à 10 minutes; progressivement on ira jusqu'à 30 milliampères. Mais, à la tête, il faudra user d'une grande prudence, car un courant d'intensité trop grande, surtout à la partie supérieure de la face (joues, tempes, nez, front), pourrait donner lieu à des sensations oculaires lumineuses, à des nausées, à des vertiges, à la syncope même (zone dangereuse de Boudet de Paris, située au-dessus d'une ligne horizontale s'étendant du bord inférieur des narines au lobule de l'oreille).

De même, à la fin de l'opération, on n'interrompra pas brusquement le courant, de peur d'avoir une syncope, mais on diminuera graduellement le nombre des éléments. Aussitôt après le passage du courant, la tache prend un aspect blanchâtre; puis, au niveau des piqûres, elle devient d'un rouge violacé; cette coloration cesse au bout de quelques semaines. Quant au nævus tubéreux, il devient pendant deux ou trois jours le siège d'un certain gonflement et d'une certaine induration qui disparaissent peu à peu.

Les séances d'électrolyse seront renouvelées tous les huit ou quinze jours; en moyenne il en faudra trois ou quatre.

Avant et après chaque séance, il sera bon de pratiquer l'antisepsie de la peau, à l'aide de lavages ou de pulvérisations avec une solution de *sublimé* au 1/1000.

B. — NÆVI LYMPHATIQUES. — LYMPHANGIOMES

Le traitement des lymphangiomes consistera dans la destruction des tumeurs par le *galvano-cautère* ou l'*électrolyse*.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT DE L'ICHTHYOSE

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

L'ichtyose est une maladie congénitale de la peau caractérisée par la sécheresse des téguments et l'épaississement de l'épiderme. Dans sa forme la plus typique et la plus commune, l'épiderme est sec, épaissi, et forme des écailles petites et pityriasiques ou plus larges, tantôt minces et nacrées, tantôt épaisses, dures et noirâtres. Les paumes et les plantes sont dures et sèches, et c'est là une des manifestations les plus précoces et les plus constantes de la maladie qui, ailleurs, ne devient apparente que vers la fin de la première année.

L'ichthyose est, dans la plupart de cas, nettement héréditaire; elle est généralement considérée comme une malformation incurable qu'on ne peut que pallier momentanément. Cependant on ne peut lui dénier le caractère de maladie évolutive, notamment dans certaines formes telles que la kératose pilaire. Il est des observations qui doivent faire considérer la guérison comme possible, bien qu'elle soit très exceptionnelle.

II

Traitement.

A. — TRAITEMENT EXTERNE

Le traitement de l'ichthyose est avant tout local. Il consiste à débarrasser le tégument des épaississements épidermiques et à en enrayer le plus possible la reproduction.

Les *bains* fréquents et les *ablutions* répétées ont déjà une influence considérable, et c'est probablement à l'action de la sueur qu'il faut attribuer l'atténuation de l'ichthyose en été. En hiver, au contraire, la sécheresse habituelle de l'épiderme, et peut-être aussi les bains moins fréquents chez beaucoup de personnes, expliquent l'aggravation de la maladie.

Les onctions de *corps gras* atténuent aussi très notablement les troubles de l'ichthyose.

Le malade devra prendre des bains fréquents, et, dans le bain, se savonner énergiquement, soit avec du *savon* de toilette ordinaire, soit dans les cas intenses, avec du *savon de potasse* ou du *savon à la résorcine ;* on peut faciliter l'élimination des squames en faisant, la veille au soir, une onction générale avec une pommade contenant 5 grammes de résorcine pour 100 grammes d'axonge. Après le bain, on fera sur tout le corps une onction avec de la *glycérine* faut en mettre assez pour que l'épiderme en soit partout bien pénétré, mais il ne faut pas laisser sur le corps un enduit poisseux; aussi est-il bon de s'essuyer soigneusement avec un linge sec après l'application de la glycérine pour en enlever l'excès, ou même de diluer légèrement la glycérine avec un peu d'eau, ce qui la rend beaucoup plus fluide et en facilite l'application. Chez quelques malades, l'onction de glycérine est mal supportée et cause une sensation de refroidissement; on peut alors la remplacer par un corps gras tel qu'un mélange d'*axonge*, de *vaseline* et de *lanoline* en parties égales.

B. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Les ichthyosiques sont souvent assez chétifs et présentent les caractères du lymphatisme, et le traitement général n'est pas à dédaigner; car on peut lui attribuer quelques cas de guérison réelle de l'ichthyose.

Les médicaments les plus usités sont l'*huile de foie de morue*, les *ferrugineux* et surtout l'iodure de fer, l'*arsenic*. Ce dernier doit être donné à faibles doses, mais longtemps continuées, moins en raison de l'influence banale qu'on lui attribue sur les affections squameuses qu'à titre de tonique; il augmente l'embonpoint et contribue à donner de la souplesse au tégument. Les stations thermales arsenicales comme *la Bourboule*, les *bains de mer*, agissent aussi très favorablement en modifiant la nutrition.

Les auteurs anglais ont, dans ces derniers temps, essayé le *traitement thyroïdien* dans l'ichthyose, mais sans succès bien marqué.

II

Ichthyose fœtale.

On a décrit sous ce nom certains cas d'enfants venus au monde avec une peau sèche, ridée, tendue et comme trop étroite pour le corps, coupée de nombreuses et profondes rhagades. Les yeux et la bouche ne peuvent se fermer et l'alimentation est presque impossible. Dans la plupart des cas, les enfants n'ont vécu que quelques heures, mais il en est où ils ont pu survivre, et qui constituent des formes atténuées, des formes de passage à l'ichthyose commune. Ici encore, il faut des bains répétés, des soins de propreté méticuleuse et des onctions de *glycérine* ou de *corps gras*, qui, en assouplissant la peau, empêchent la formation des rhagades.

IV

Kératose pilaire.

Sous les noms d'ichthyose pilaire, d'ichthyose ansérine des scrofuleux, de kératose pilaire, etc., a été décrite une affection qui a une étroite parenté avec l'ichthyose vraie. Elle atteint surtout les membres du côté de l'extension et se présente sous forme de petits cônes cornés situés aux orifices folliculaires et contenant un poil enroulé. Ces cônes sont quelquefois assez nombreux pour produire une surface rude et râpeuse au toucher. La maladie se développe surtout dans l'enfance, et aboutit à l'atrophie d'une partie plus ou moins considérable du système pileux des membres. On trouve souvent un certain degré d'ichthyose dans les cas de kératose pilaire bien prononcée, et presque toujours les ichthyosiques ont un peu de kératose pilaire.

La kératose pilaire peut aussi affecter d'autres régions, notamment les sourcils et le cuir chevelu, et produire des alopécies de forme assez caractéristique dont la nature a été démontrée par Brocq.

Le traitement de la kératose pilaire des membres est à peu près celui de l'ichthyose commune : des *bains*, des *savonnages* pour éliminer les cônes cornés et libérer les poils en voie d'atrophie, des onctions de *glycérine* qui empêchent l'accumulation de nouvelles masses cornées. La maladie tend du reste à s'atténuer avec l'âge.

L'*alopécie kératosique des sourcils* s'accompagne de congestion chronique et aboutit à une alopécie atrophique de la partie externe des sourcils. Elle est notablement améliorée par des applications d'*ichthyol* :

℞ Axonge.	āā . . .	10 grammes.
Lanoline.		
Ichthyol		2 grammes.
Acide salicylique.		1 —

M. s. a.

La pommade est appliquée pendant la nuit seulement et doit être interrompue s'il survient des phénomènes d'irritation. On a aussi recommandé des pommades *soufrées* à 10 p. 100. Si les dilatations vasculaires sont très marquées, on pourra les combattre par des *scarifications*.

L'*alopécie kératosique du cuir chevelu* forme des clairières rarement complètement glabres, souvent squameuses sur les bords, dont la surface est atrophiée et comme cicatricielle, et où les follicules pileux sont détruits définitivement. Le traitement a peu de prise sur cette maladie qu'on pourra combattre par les pommades *soufrées*, ou les applications d'*ichthyol*.

Dans toutes ces formes de kératose pilaire, il est nécessaire de s'occuper de l'état général et de donner de l'*huile de foie de morue* ou de l'*arsenic* suivant la saison.

CHAPITRE XIII

TRAITEMENT DES VERRUES

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Les verrues ne se présentent pas toujours dans les mêmes conditions et sous les mêmes aspects ; on en décrit trois variétés principales : les verrues vulgaires, les verrues planes juvéniles, les verrues séniles.

A. — Les *verrues vulgaires* sont des hypertrophies de la portion papillaire du derme avec épaississement de l'épiderme : elles se présentent sous la forme de petites excroissances sessiles ou pédiculées, dures, les unes minces, filiformes et acuminées, les autres plus volumineuses, tubériformes, cylindriques, sphériques, en chou-fleur. Leur couleur est le plus souvent brune ou gris noirâtre, jaune rosé ; indolentes habituellement, elles peuvent devenir douloureuses quand elles s'enflamment ; elles sont alors fendillées, crevassées, suintantes. Il faut prendre garde de confondre les verrues simples avec les lésions de la tuberculose verruqueuse. Cornil et Babes ont signalé dans les verrues simples la présence d'un microbe, le *bacterium porri*, qu'ils considèrent comme la cause de l'affection. Il est rare que les verrues soient isolées ; on

on rencontre généralement plusieurs chez le même malade, dans la même région; il se fait, chez les sujets qui en sont atteints, des inoculations de voisinage; la lésion se sème.

Les verrues vulgaires sont plus abondantes et plus développées chez les jeunes sujets : chez les adultes, elles s'observent surtout aux extrémités des doigts, au cou-de-pied, aux régions fessières, aux saillies articulaires, dans la rainure péri-unguéale. Elles forment des figures irrégulières, s'étalent en nappes; celles-ci forment des plaques surélevées, entourées d'une zone érythémateuse étroite; leur surface est irrégulière, granitée; sous l'influence des irritations extérieures, elles peuvent s'enflammer, s'ulcérer, se couvrir de fissures suppuratives. Quand on a fait tomber l'épiderme corné qui les recouvre, on se trouve en présence d'une surface de laquelle s'élèvent des saillies papilliformes, simples ou divisées, à sommet acuminé ou obtus.

J'ai observé un malade chez lequel elles s'exagéraient chaque année à la saison chaude et s'affaissaient à la saison froide.

B. — Les *verrues planes juvéniles* ont en général un volume peu considérable; elles sont très nombreuses; elles se présentent sous forme d'une élévation arrondie, polygonale ou irrégulière, à sommet plan faisant au-dessus de la peau une saillie d'un millimètre environ, leur sommet est plan, uni ou légèrement bombé; leur couleur, jaune brun ou rosé, tranche quelquefois très peu sur celle de la peau avoisinante; leur surface est lisse, brillante, polie : elles s'observent surtout sur la face, sur le dos des mains et des poignets : les verrues planes ont beaucoup des aspects des papules du lichen plan avec lequel elles sont facilement confondues.

Les verrues planes sont habituellement très nombreuses chez les sujets qui en sont atteints.

C. — Les *verrues séniles* se montrent surtout après l'âge de cinquante ans; elles sont plus communes chez l'homme que chez la femme; elles s'observent surtout sur la face, sur le tronc et le cou. Elles forment des élevures planes, plus ou moins saillantes, de forme arrondie ou irrégulière, à surface

inégale : leur couleur est jaune sale, noirâtre, noire, se rapproche quelquefois de celle de la peau normale; elles sont revêtues d'une couche épithéliale épaisse, grasse, très adhérente. Les verrues séniles se développent de préférence sur les peaux grasses, huileuses, séborrhéiques; le point important de leur histoire est qu'elles subissent facilement, sous l'influence des irritations extérieures, la dégénérescence épithéliomateuse.

Au moment de l'avulsion de la croûte qui recouvre la verrue séborrhéique sénile, on met à découvert une surface inégale, criblée de petits orifices béants; ceux-ci correspondent aux prolongements que le revêtement épithélial envoyait dans le derme; il se produit une petite hémorragie. Quand la verrue subit la dégénérescence épithéliale, la lésion s'élargit, les bords deviennent saillants, forment autour de l'ulcération ou de la croûte un mince bourrelet au niveau duquel les perles de l'épithélioma peuvent se dessiner d'une façon nette; l'ulcère cancroïdal est constitué et va présenter d'une façon plus ou moins rapide sa tendance extensive.

II

Traitement.

La guérison des verrues n'est pas toujours facile à obtenir; on les voit souvent repulluler sur place ou à distance après leur destruction.

Quelques traitements internes ont été préconisés comme pouvant amener la disparition des verrues; parmi eux, celui qui compte le plus de partisans est la *magnésie décarbonatée* administrée à la dose quotidienne de 1 à 10 grammes par jour : l'usage doit être prolongé pendant quelques jours ou quelques semaines. La valeur de ce moyen thérapeutique nous paraît avoir été beaucoup exagérée; notre maître, M. Besnier, déclare n'en avoir jamais retiré aucun résultat avantageux.

La *teinture de thuya occidentalis* a été conseillée à la dose de LX à LXXX gouttes par jour.

A. — TRAITEMENT DES VERRUES COMMUNES

Les *verrues communes* sont le plus souvent détruites à l'aide des *caustiques acides;* tous les caustiques sont bons, *acide nitrique, acide acétique cristallisable, nitrate acide de mercure, sulfo-phénol, acide phénique déliquescent, nitrate d'argent, acide chlorhydrique, pâtes arsenicales, pâte de Vienne.*

Il faut avoir soin de ne pas atteindre la peau normale avoisinante; pour plus de sûreté, avant d'attaquer les verrues, on protégera la peau saine qui les entoure, en la recouvrant de *collodion*, de *traumaticine*, d'une *pellicule protectrice* quelconque. Il sera souvent bon de décaper la verrue avant de pratiquer l'application du caustique; on pourra l'abraser avec des ciseaux, en faire le raclage, appliquer à sa surface une couche de *collodion salicylé* ou *résorciné*. La destruction peut encore être faite par l'application de *pointes de feu*, soit avec le galvano-cautère, soit avec le thermo-cautère.

Plenck recommande l'emploi de la solution suivante :

℞ Sublimé corrosif. . . . . }
Alun. . . . . }
Céruse. . . . . } ââ 5 grammes.
Camphre. . . . . }
Vin acétique. . . . . }

M. s. a.

Les applications de *savon noir* suffisent quelquefois à amener la guérison des verrues; une mince couche, de l'épaisseur d'un dos de couteau, est étendue sur une flanelle; celle-ci est maintenue jour et nuit sur la région où les verrues existent, ou plus souvent seulement la nuit, suivant les cas; alors le matin, on enlève par un savonnage à l'eau chaude la couche de savon déposée sur la peau; celle-ci est

ensuite saupoudrée avec la *poudre de talc* ou d'*oxyde de zinc*.

Les applications sont continuées jusqu'à décapage complet; on peut précipiter ce dernier en pratiquant le raclage de la verrue avec un instrument mousse.

Les *pommades salicylées* au vingtième, au dixième, peuvent amener la guérison de verrues peu volumineuses; on les emploiera surtout sur la face.

Les *emplâtres* renfermant 10 à 20 p. 100 d'*acide salicylique* agiront d'une façon plus active; on pourra leur ajouter une dose un peu moindre de *résorcine*. L'emplâtre sera enlevé tous les deux ou trois jours; on pratiquera le raclage de la verrue et on la recouvrira d'une nouvelle rondelle d'emplâtre.

Kaposi recommande, dans le cas de verrues multiples de la face, la pâte suivante :

℞ Fleur de soufre	20	grammes.
Glycérine.	50	—
Acide acétique pur concentré.	10	—

M. s. a.

Son mode d'emploi est le même que celui du savon noir.

Altschul se sert de bandes de mousseline recouvertes d'une couche d'*onguent gris* additionné de 5 à 10 p. 100 d'*arsenic*.

Certains *collodions* médicamenteux amènent assez rapidement la disparition des verrues; le plus employé est le *collodion salicylé :*

℞ Acide salicylique	1	gramme.
Collodion élastique riciné	8	—

Dissolvez.

Le collodion au *sublimé :*

℞ Sublimé	0gr,20 à 0gr,50	
Collodion riciné.	10	grammes.

Dissolvez.

est d'un maniement délicat et exige une grande surveillance.

Une couche de collodion est appliquée sur la verrue; elle

est renouvelée chaque fois que la pellicule se détache, jusqu'à guérison.

Le suc des plantes est d'un usage courant dans le vulgaire pour la destruction des verrues; l'*euphorbe*, la *grande chélidoine*, le *figuier sauvage* sont les plantes le plus habituellement employées.

Les papillomes cornés étendus seront enlevés par le raclage après décapage préalable au moyen du *savon salicylé*, du *collodion salicylé*.

Les surfaces dénudées et irritées après l'ablation des verrues seront l'objet d'un pansement antiseptique humide ou sec, suivant l'étendue de la plaie et l'intensité de l'inflammation. Cette inflammation est surtout à redouter à la suite de l'ablation des verrues anciennes dans lesquelles les prolongements épidermiques ont pénétré profondément dans le derme, des verrues péri-unguéales et sous-unguéales.

Il y aura lieu de faire suivre l'ablation des verrues volumineuses et des papillomes cornés d'une cautérisation avec les caustiques chimiques ou avec le cautère actuel.

B. — TRAITEMENT DES VERRUES PLANES JUVÉNILES

Les *verrues planes juvéniles* doivent être traitées avec plus de précautions encore que les verrues vulgaires; il faut craindre de provoquer l'irritation de la peau fine et facilement inflammable chez les jeunes sujets; le siège à la figure demande des ménagements particuliers. Le peu de volume des lésions dispense de l'emploi des caustiques. On fera les applications de *savon noir*, de *pommades* ou d'*emplâtres* à l'*acide salicylique*, à la *résorcine*, qu'on suspendra dès qu'une irritation un peu vive de la peau se produira. Les ménagements qu'on devra apporter au traitement seront cause d'une durée plus longue de celui-ci.

C. — TRAITEMENT DES VERRUES SÉNILES

Les *verrues séniles* sont souvent d'un traitement difficile à cause de leur multiplicité et de leur dissémination; il y aura lieu de faire surtout disparaître celles du visage, celles pour qui on redoute une transformation épithéliale. Il faut bien se garder de les considérer avec nos prédécesseurs comme des *noli me tangere;* il est sans danger, il est utile de les faire disparaître; il est urgent de le faire quand elles menacent de subir ou quand elles commencent à subir la transformation épithéliale.

On emploiera contre les verrues séniles les *savons* ou les *emplâtres salicylés*, *résorcinés*, le *savon mou;* quand elles ont acquis une certaine importance, le *raclage* suivi d'une *cautérisation* avec le galvano-cautère, le *nitrate d'argent*, l'*acide acétique* ou *phénique* ou d'une application de poudre de *chlorate de potasse* sera le meilleur traitement.

CHAPITRE XIV

TRAITEMENT DE LA SCLÉRODERMIE

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

La sclérodermie est caractérisée par l'induration de la peau; mais il y faut distinguer trois formes différentes qui sont peut-être des maladies distinctes.

A. — La *morphée*, ou sclérodermie en plaques ou en bandes, est constituée par des plaques ou des bandes d'induration limitées. Elles sont peu ou pas saillantes, mais la palpation montre toujours un épaississement marqué de la peau qui est dure et comme solidifiée; il semble, au point de vue de la consistance, que la peau a été congelée. La surface est blanche ou jaunâtre, anémique, sauf quelques veinules bleues, lisse ou un peu squameuse; la plaque est généralement entourée d'un liséré violacé, plus ou moins marqué. Ces plaques uniques ou multiples apparaissent successivement; elles peuvent déterminer des troubles fonctionnels par leur rétraction. Après avoir duré plusieurs mois ou plusieurs années, elle finissent d'habitude par guérir spontanément en laissant quelquefois une macule pigmentée ou une plaque d'atrophie cutanée.

B. — La *sclérodermie diffuse d'emblée* ou *sclérémie* de Bes-

nier débute par des œdèmes passagers auxquels font suite des indurations diffuses du derme. Ces plaques d'induration peuvent persister et s'étendre, ou disparaître au bout de quelques mois, laissant des altérations atrophiques de la peau. Elles débutent par un point quelconque du corps, généralement la face ou le tronc, envahissent assez rapidement tout le corps sauf les pieds et les mains, mais l'induration est rarement universelle, parce que certaines parties entrent en régression quand d'autres se développent. Les plaques sont diffuses, rouges, et la maladie peut guérir, surtout dans les formes aiguës, tandis que les formes chroniques aboutissent souvent à la cachexie et à la mort.

C. — La *sclérodactylie* constitue le début de la forme la plus caractéristique de la sclérodermie. La maladie commence par l'asphyxie locale des extrémités; puis la peau des doigts et des mains s'indure peu à peu; elle est dure comme du bois, adhérente aux parties profondes; il est impossible d'y faire un pli; les doigts sont tantôt effilés comme dans la gangrène symétrique des extrémités, tantôt tuméfiés. L'induration envahit peu à peu les membres supérieurs dont les mouvements sont gênés, la face, qui perd toute mobilité et toute expression, la poitrine, dont les mouvements sont rendus très difficiles par cette sorte de cuirasse. Entre temps les membres inférieurs peuvent se prendre exactement de la même façon. La marche de la maladie est fatalement progressive; elle peut se terminer par la mort par tuberculose ou cachexie au bout de quelques années, mais elle peut durer souvent quinze ou vingt ans avant de déterminer des troubles graves de la santé générale.

II

Traitement.

A. — Presque tous les faits de sclérodermie guérie que l'on rencontre dans les auteurs sont relatifs à la morphée. Or,

comme cette forme finit généralement par guérir toute seule, on ne peut pas considérer toutes les observations comme probantes.

On a employé des onctions de *pommade salicylée* à 5 ou 10 p. 100. Le *massage* a été recommandé par plusieurs auteurs et paraît rationnel, mais les résultats obtenus ne sont pas démonstratifs. Dans un cas observé par nous dernièrement, le massage fait pendant plusieurs mois par un masseur très exercé n'a rien produit; la plaque a depuis guéri spontanément.

L'*électricité* a été employée de diverses façons. Les meilleurs résultats sont ceux qui ont été rapportés par Brocq. Une longue bande de morphée de l'avant-bras, lentement progressive, s'est assez rapidement améliorée sous l'influence de piqûres électrolytiques. Brocq recommande de faire les piqûres nombreuses, superficielles et très obliquement avec le pôle négatif; de faire passer un courant faible, environ cinq milliampères, pendant peu de temps, de façon à faire aussi peu de destruction de tissu que possible; renouveler les séances une ou deux fois par mois. Il est à remarquer que, dans le cas qu'il rapporte, l'électrolyse a été faite à la partie inférieure de la bande, et que c'est la partie supérieure de la bande qui a guéri la première. Le mode d'action de l'électricité reste donc assez obscur, et il serait nécessaire d'avoir de nouvelles observations pour juger de l'efficacité de ce procédé.

B. — Pour la *sclérodermie généralisée d'emblée*, on peut avantageusement employer les *bains chauds;* il faudra donner au malade des *toniques* et éviter les refroidissements en lui faisant porter des vêtements de laine.

C. — La *sclérodactylie* et la forme de sclérodermie généralisée qui lui fait suite est absolument rebelle au traitement. Sa marche n'est cependant pas toujours progressive, car je connais un malade chez qui, depuis une douzaine d'années, elle est absolument stationnaire. Parmi tous les traitements infructueusement employés, le *massage* et les *bains prolongés* on seuls donné quelques résultats en assouplissant un peu le derme et en rendant un peu de mobilité aux doigts.

Le *traitement thyroïdien* a été appliqué sans succès par A. Neisser dans un cas où le début des accidents avait coïncidé avec la disparition d'un goître.

Eichoff a rapporté un fait très singulier où une sclérodactylie typique coïncidant avec une onychomycose a rétrocédé dans une grande mesure après la guérison des lésions unguéales.

CHAPITRE XV

TRAITEMENT DE L'ÉLÉPHANTIASIS

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

L'éléphantiasis est constitué par une augmentation de volume du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Cet épaississement occupe généralement des régions assez étendues et peut acquérir des proportions énormes au point de former des tumeurs ou de déformer complètement les parties atteintes.

L'éléphantiasis atteint par ordre de fréquence décroissante : 1° les membres inférieurs; 2° le scrotum ou quelquefois la vulve; 3° les membres supérieurs, les différentes parties de la face ou le sein.

Dans l'éléphantiasis des membres inférieurs, la jambe doublée ou triplée de volume forme une énorme colonne cylindrique; sa surface est lisse ou mamelonnée, quelquefois papillomateuse et suintante ou couverte d'épaisses couches épidermiques crevassées comme une écorce d'arbre. La peau est épaisse et dure, mais une pression prolongée détermine une légère dépression en godet; il est impossible de la plisser ou de la mobiliser sur les parties profondes. Elle est souvent

le siège d'ulcérations torpides ou d'érosions d'où s'écoule constamment une abondante sérosité. Parfois les lymphatiques superficiels sont dilatés et forment des varices superficielles dont la rupture amène une lymphorragie prolongée. L'éléphantiasis s'étend souvent sur la cuisse, et dans ce cas, il y a des plis profonds au genou. Il peut être brusquement limité au cou-de-pied, et la peau épaissie forme un bourrelet pendant sur les malléoles ou bien le pied lui-même est envahi. Le plus souvent il est séparé de la jambe par des sillons profonds permettant encore une certaine mobilité. Dans ces plis la peau est macérée, suintante, fétide.

L'éléphantiasis du scrotum peut présenter tous les degrés depuis une simple augmentation de volume de l'organe qui ne diffère guère de l'œdème que par une plus grande consistance. D'autres fois, surtout dans les pays chauds, il arrive à former des tumeurs monstrueuses pesant 20 ou même 50 kilogrammes. La tumeur scrotale à peu près piriforme est rétrécie à son insertion; elle englobe la peau du pénis qui disparaît dans la tumeur. Le gland est alors caché au fond d'une dépression ou d'une fissure profonde par où l'urine s'écoule. La surface de la tumeur est mamelonnée, verruqueuse, très souvent couverte de veines ou de vésicules lymphatiques, surtout dans la forme dénommée *lymphscrotum* par les auteurs anglais. L'éléphantiasis du scrotum est généralement moins dur que celui de la jambe ou bien le centre mou est recouvert d'une coque de peau dure. Les testicules sont sains ou atrophiés, et très fréquemment il existe des hernies inguinales dont les caractères et même l'existence sont impossibles à reconnaître. Elles constituent une grosse difficulté dans le traitement opératoire.

La tumeur scrotale est entièrement formée aux dépens des tuniques des bourses; elle est constituée par un tissu grisâtre, lardacé, de consistance variable, gorgé de liquide, parcouru par des lymphatiques dilatés et par des veines énormes qui peuvent parfois atteindre le volume de la veine jugulaire.

L'éléphantiasis peut être provoqué par tous les obstacles à la circulation veineuse ou lymphatique; mais, pour aboutir à ces énormes tumeurs, il faut des complications inflammatoires qui ont généralement pour première origine une plaie ou un traumatisme. Dans les pays chauds, l'on a souvent incriminé la filariose, et de fait, la coïncidence est assez fréquente, mais on peut trouver des filaires chez des individus qui n'ont point d'éléphantiasis, et inversement.

Le début de l'éléphantiasis se fait généralement par un accès de fièvre avec un gonflement de la région atteinte qui est rouge et douloureuse; les ganglions lymphatiques sont tuméfiés; l'ensemble ressemble à un érysipèle à marche très rapide. Au bout de trois ou quatre jours, la fièvre tombe, le gonflement diminue et tout rentre dans l'ordre. Mais au bout de quelques semaines ou de quelques mois, une nouvelle poussée survient. Ces « poussées éléphantiaques » se répètent à des intervalles variables suivant les malades; l'acuité des phénomènes généraux et locaux diminue graduellement, mais chaque poussée ne se résout pas complètement et laisse après elle une augmentation de volume. Plus tard et beaucoup plus rarement dès le début, la maladie évolue d'une façon progressive et sans poussées aiguës.

La marche de l'éléphantiasis, les données de l'anatomie pathologique, les recherches bactériologiques de Sabouraud[1] qui ont montré le rôle des streptocoques, tout concourt à faire considérer cette maladie, non comme un simple œdème chronique, mais comme une lymphangite chronique avec des poussées aiguës.

II

Prophylaxie.

Le rôle de la filaire du sang d'une part, et des obstacles à la circulation d'autre part, fournissent quelques règles de

1. Sabouraud. — Recherches sur la parasitologie de l'éléphantiasis nostras. *Annales de Dermatologie*, 1892, 592.

prophylaxie générale malheureusement assez vagues. Il sera donc nécessaire, pour éviter la filariose, de surveiller, dans les pays tropicaux, la qualité de l'eau que l'on boit, et de la filtrer ou de la faire bouillir pour peu que l'on ait quelques doutes. De même, il faudra rechercher et supprimer autant que possible toutes les causes d'œdème chronique.

C'est ainsi qu'il faut éviter l'extirpation des ganglions inguinaux à moins de nécessité absolue, car on a plusieurs fois observé des œdèmes éléphantiasiques des organes génitaux à la suite de cette opération pratiquée pour un bubon chancreux.

L'éléphantiasis étant une lymphangite dont le début est le plus souvent aigu, il est indispensable de chercher la guérison la plus prompte de toute plaie de la jambe, surtout lorsqu'une première poussée de lymphangite pourra faire craindre le début de l'éléphantiasis. Cette guérison devra être obtenue par des *pansements* énergiquement antiseptiques et au besoin par des *interventions chirurgicales*, par exemple, lorsqu'il s'agit d'un ulcère ou d'une fistule osseuse. Cela même ne sera pas toujours suffisant ; car la récidive des poussées éléphantiaques en l'absence de toute plaie montre que les streptocoques doivent persister dans les tissus d'une poussée à l'autre dans un état au moins relatif d'inactivité. C'est un cas de microbisme latent.

Lorsque, à la suite d'une ou de plusieurs poussées, l'augmentation d'épaisseur de la peau commence à se manifester, il faut que le malade évite les grandes fatigues et les traumatismes, et que, dès le début de chaque poussée, il soit condamné au repos le plus absolu avec élévation du membre, s'il s'agit de la jambe, et cela non seulement pendant la poussée éléphantiaque, mais encore quelque temps après.

Il faut, en même temps, entretenir le malade dans un bon état de santé générale par des *toniques* et le grand air, et en évitant tout traitement médicamenteux débilitant.

III

Traitement.

A. — ÉLÉPHANTIASIS DU MEMBRE INFÉRIEUR

Lorsque l'éléphantiasis est constitué, les mêmes règles que précédemment restent applicables, tant qu'il y a tendance à l'aggravation; il faut, en outre, chercher à diminuer le volume des parties atteintes.

1° Le *repos au lit* suffit souvent à lui seul pour améliorer l'état local, et, en tout cas, il sera un utile adjuvant à tous les autres moyens. Mais il n'est pas toujours possible de l'employer, car beaucoup de malades atteints d'éléphantiasis des membres inférieurs ne peuvent pas supporter la position horizontale sans de grandes souffrances.

2° La *compression* du membre avec une bande de caoutchouc, enroulée depuis l'extrémité jusqu'à la racine, peut amener très vite une diminution considérable; elle constitue même le plus efficace de tous les moyens palliatifs.

Malheureusement, il existe un certain nombre de contre-indications. La première, momentanée, est fournie par les poussées éléphantiaques. Une seconde, plus grave, est constituée par la présence d'ulcérations ou simplement de parties suintantes, qui deviennent très douloureuses et s'aggravent sous la bande de caoutchouc. Quelques malades enfin ne peuvent pas supporter la compression élastique, ils ont des douleurs vives ou même des accidents généraux, tels que des palpitations ou de l'essoufflement. Il semble parfois qu'ils soient intoxiqués par les liquides que la compression chasse du membre malade dans la circulation générale.

Quand la compression élastique n'est pas supportée, mais avec les mêmes réserves relativement à l'état local, on peut

appliquer avec avantage un pansement avec la *colle de zinc* de Unna (formule de Menahem Hodara) :

℞ Eau	100
Oxyde de zinc	50
Glycérine	20
Gélatine blanche	30

M. s. a.

Cette masse fondue au bain-marie est étendue au pinceau en couche aussi épaisse que possible; puis, pendant qu'elle est encore un peu molle, on applique un bandage roulé. Ce pansement doit être appliqué le matin, quand le membre est un peu dégonflé par le repos de la nuit, et doit être changé tous les deux ou trois jours. Si l'on a quelque difficulté à l'enlever à sec, un bain ou même un simple lavage à l'eau chaude suffit pour dissoudre la colle.

3° Le *massage* est un procédé de traitement très rationnel et qui donne de bons résultats; il doit être pratiqué très doucement, une ou deux fois par jour pendant un quart d'heure; il doit être fait dans une direction centripète, mais en commençant par la racine du membre.

4° La *compression de l'artère principale du membre* atteint est très recommandée par Winiwarter. Elle doit être faite avec un tourniquet ou tout autre appareil analogue, et elle amène très promptement une sédation des douleurs et une diminution des sécrétions et du volume du membre. Il faut que la compression porte uniquement sur l'artère et qu'il n'y ait pas constriction générale du membre; il n'est pas indispensable qu'elle soit continue, ni que le calibre de l'artère soit complètement oblitéré. Il suffit que la compression soit pratiquée pendant quelques heures chaque jour, et que l'artère soit notablement rétrécie.

Ces moyens de douceur étant souvent insuffisants, on est obligé de recourir à l'intervention chirurgicale.

5° Les *scarifications* employées déjà par Lisfranc donnent souvent de bons résultats. Il faut qu'elles soient longues, profondes, intéressant toute l'épaisseur de la peau et faites

longitudinalement; il faut bien nettoyer la région avant et la mettre à l'abri de toute infection consécutive. Les scarifications amènent un écoulement de lymphe considérable. Il semble cependant difficile que ce moyen, bien que recommandé par Winiwarter, puisse donner une guérison complète et il est certain qu'il n'est pas sans danger à cause des poussées éléphantiaques qui peuvent en être la conséquence.

6° *Excision partielle.* — C'est là un des procédés employés pour l'éléphantiasis des membres inférieurs. Par de longues incisions longitudinales, on enlève une bande de tissu comprenant toute l'épaisseur de la peau malade, et l'on suture les bords de la plaie ainsi formée. Il est indispensable que l'opération soit faite avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses pour qu'elle ne soit pas l'occasion d'une poussée éléphantiaque qui ne manquerait pas d'être fort grave. Le calibre considérable des vaisseaux et leur friabilité fait que l'hémostase est souvent très difficile et n'est complète que par la suture. Après l'opération, il faut faire un grand pansement sec avec des sacs de son de bois stérilisé, pour absorber la lymphe qui coulera en abondance pendant quelques jours. Quand l'opération est bien faite, on obtient la réunion primitive, et la diminution de la tumeur peut dépasser le volume des lambeaux excisés par suite d'une certaine résorption du néoplasme dans les parties voisines. On peut quelquefois se borner à l'excision des gros bourrelets saillants qui se trouvent surtout au voisinage du cou-de-pied; on régularise ainsi la forme du membre, ce qui facilite beaucoup le traitement ultérieur par la compression.

7° L'*amputation* est un moyen plus radical encore et auquel on peut être amené par le volume énorme du membre qui rend le malade complètement impotent, par l'échec des autres méthodes, par la présence d'ulcérations rebelles dont la suppuration persistante est une cause d'épuisement. L'opération ne présente aucune difficulté particulière, et l'on obtient parfaitement la réunion primitive, lors même que les lambeaux ont été taillés dans la peau éléphantiasique. Il est

même à remarquer que souvent ces lambeaux épais et durs s'assouplissent et reprennent les caractères de la peau normale.

Inversement, il peut arriver que, lors même que les lambeaux ont été pris dans la peau saine, l'éléphantiasis récidive sur le moignon ou même sur le membre opposé.

Il faut remarquer à ce sujet que les interventions sérieuses dans l'éléphantiasis ont souvent un retentissement à distance et amènent une amélioration dans des parties éloignées. Ainsi, chez un malade atteint d'éléphantiasis de la jambe et du scrotum, Syme a vu la jambe s'améliorer après l'excision de la tumeur scrotale. Il faut tenir compte de cette particularité pour l'interprétation des résultats des excisions partielles.

B. — ÉLÉPHANTIASIS GÉNITAL

Chez la femme, l'œdème éléphantiasique de la vulve est rarement très considérable et le traitement opératoire est le seul qui soit applicable. On peut se borner aux scarifications, mais il vaut mieux exciser les parties hypertrophiques et réunir ce qui reste par des sutures étagées.

L'éléphantiasis du scrotum acquiert souvent des dimensions énormes, surtout dans les pays chauds. La compression est très difficile et insuffisante; les scarifications ne donnent que des résultats incomplets. Le scrotum forme alors une véritable tumeur pédiculée qu'il vaut mieux enlever tout entière. L'opération présente cependant un certain nombre de difficultés très sérieuses.

La tumeur scrotale est parcourue par des vaisseaux, et notamment par des veines dont le calibre peut atteindre celui de la veine cave et dont la section entraîne une hémorragie mortelle en quelques instants. Il faut donc, avant de commencer, anémier la tumeur et en arrêter la circulation par la bande d'Esmarch appliquée sur son pédicule, après avoir, par une incision médiane, isolé préalablement le pénis, pour ne pas le comprendre dans le lien constricteur.

Les testicules sont souvent fort difficiles à trouver dans la tumeur, d'autant plus qu'ils sont quelquefois atrophiés. Cette difficulté n'existe pas si l'on en a d'avance décidé le sacrifice.

La coïncidence de la hernie inguinale avec l'éléphantiasis du scrotum est très fréquente, tellement qu'il n'est pas invraisemblable que la hernie soit une des causes déterminantes de la maladie. Or, il est impossible, avant l'opération, de reconnaître les caractères de la hernie ou même son existence; on risque donc beaucoup d'ouvrir le sac inopinément ou de trouver une hernie adhérente et irréductible; quoi qu'il en soit, il faut tâcher de réduire d'une façon ou d'une autre, voire même, dit Winiwarter, par la résection d'une anse intestinale, puis de faire la cure radicale de la hernie.

Une fois l'opération faite, il faut ménager assez de peau pour recouvrir tout ce qu'on a enlevé et faire une suture profonde et superficielle. La réunion primitive est facile à obtenir, mais l'éléphantiasis récidive quelquefois dans la cicatrice.

CHAPITRE XVI

TRAITEMENT DU XANTHOME

PAR

P. AUBERT

Chirurgien de l'Antiquaille.

I

Considérations générales

Le xanthome est une maladie sur la nature de laquelle on est loin d'être fixé, quoique son histoire ait subi de singulières transformations dans ces dernières années. Les mémoires sur ce sujet sont nombreux, les faits isolés plus nombreux encore et se trouvent disséminés un peu partout. On trouvera des renseignements abondants, soit dans les *Annales de dermatologie*, soit dans les notes étendues et judicieuses de Besnier et Doyon dans la traduction de Kaposi.

Rayer, sous le nom de *plaques jaunâtres des paupières* et de *plaques jaunes folliculeuses*, avait en 1835 figuré le xanthome dans son atlas. Le premier mémoire est celui d'Addison et Gull (1851) sous le nom de *vitiligoïdea*. La même maladie a été décrite en 1867 par S. Wilson et en 1869 par Frank Smith sous les noms de *xanthélasma* et de *xanthome;* c'est ce dernier qui est resté. Hutchinson en 1871 a réuni quarante observations et insiste sur les rapports du xanthome avec l'ictère et les maladies du foie. Chambard, dans les *Annales de dermatologie*, a poursuivi l'étude de cette question en une série de mémoires importants. A mentionner dans le même recueil le

mémoire de Besnier (1889) sur le xanthome glycosurique intermittent, celui d'Hallopeau (1892) sur la nature du xanthome, celui de Török (1893) sur le même sujet.

Cliniquement le xanthome se manifeste sous forme de taches, de nodosités, papules ou tubercules, ou même de véritables tumeurs, de teinte jaunâtre chamois, feuille morte, beurre frais, etc. Cette teinte peut être masquée et tourner au rose par le développement vasculaire, mais la pression du doigt révèle alors la couleur réelle. Si tout xanthome n'est pas jaune, tout ce qui est jaune n'est pas xanthome ; le *milium*, *l'urticaire versicolore* peuvent prêter à la confusion.

La localisation la plus fréquente, souvent unique, est celle des paupières près de leur angle interne sous forme de tache ou de petits grains. En dehors de ce siège des taches, papules, tumeurs peuvent se rencontrer partout, mais ont une prédilection pour les saillies des coudes, des genoux, des doigts, pour les plis de flexion, la paume des mains et la plante des pieds sous forme de traînées ponctuées. Les muqueuses de la bouche, du tube digestif, des voies biliaires, les séreuses, les artères, l'endocarde, les organes internes peuvent également être envahis.

Les coexistences pathologiques les plus souvent signalées sont l'ictère et le diabète.

En dehors de sa constatation, de la gêne fonctionnelle que quelques éléments plus volumineux ou mal placés peuvent causer, le xanthome ne donne lieu à aucun symptôme ; les formes diabétiques peuvent cependant être le siège de prurit et de brûlure.

Certaines localisations en lignes sur les trajets nerveux, ou en demi-ceinture, zostériformes ; la coexistence avec des nævi ou le développement sur des nævi (fait de Köbner) ; la coexistence signalée quelquefois chez plusieurs personnes de la même famille, parents et enfants, frères ; le début noté parfois dans l'enfance et dans la vie intra-utérine, ont conduit à considérer les xanthomes comme étant des néoplasies bénignes, d'origine embryonnaire, à rapprocher des nævi.

Dans cette hypothèse émise en Allemagne par Touton et Köbner, soutenue en France par Hallopeau (1893), l'ictère, au lieu de jouer un rôle étiologique dans la formation du xanthome comme on le croyait autrefois, serait lié lui-même à l'existence dans les voies biliaires d'éléments analogues à ceux de la peau et dépendant comme ceux-ci d'une même cause générale. Hallopeau a émis l'hypothèse que la coexistence du diabète pouvait peut-être s'expliquer par une localisation pancréatique du xanthome.

Török, dans un important mémoire (1893), a soutenu avec quelques modifications des idées analogues et admet trois types : le xanthome vulgaire, le xanthome élastique, le xanthome des glycosuriques. Il englobe dans le *xanthome vulgaire* des formes en taches, en papules ou en tumeurs, comme répondant à un même processus pathologique. Ce processus consiste dans le développement des cellules xanthomateuses déjà décrites par Chambard et dont Török donne l'interprétation suivante. Ce sont des cellules du tissu adipeux physiologique, à noyaux multiples, en voie de formation, qui restent arrêtées dans leur évolution à cause de leur siège. Le xanthome vulgaire doit donc être considéré comme une anomalie de formation produite sous l'influence de conditions héréditaires et congénitales, par la prolifération de cellules connectives et leur transformation en cellules adipeuses en des endroits qui sont normalement dépourvus de graisse.

Le *xanthome élastique* (type de Balzer) est une espèce rare dans laquelle l'hypertrophie porte sur le tissu élastique qui forme des pelotons confluents à grosses fibres qui gardent leur continuité ou qui peuvent s'émietter et se segmenter.

Le *xanthome des diabétiques* serait aussi une espèce distincte. Cliniquement il diffère du xanthome vulgaire dont il n'a pas l'évolution lente et la persistance ; c'est un type actif à évolutions et involutions rapides ; c'est un va-et-vient de manifestations au lieu de la fixité du xanthome vulgaire ; ce xanthome est également plus hyperesthésique, il ne s'accompagne pas d'ictère et ne coexiste pas avec les taches des pau

pières. Tous les xanthomes diabétiques, du reste, n'ont pas cette mobilité d'allure.

Histologiquement le xanthome diabétique diffère du xanthome vulgaire en ce que sa graisse, au lieu de provenir de cellules adipeuses à évolution enrayée, résulterait d'une dégénérescence granulo-graisseuse des tissus.

Je dois faire observer ici que cette activité du xanthome diabétique s'accorde moins bien avec la théorie qui voit dans le diabète une maladie par ralentissement de la nutrition, qu'avec la théorie soutenue dans ce recueil par Albert Robin et qui établit que chez les diabétiques il y a exagération de tous les actes chimiques de la nutrition générale, suractivité spéciale de certains organes au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

II

Traitement.

A. — La thérapeutique générale du xanthome n'a pas reçu de toutes ces recherches une impulsion nouvelle, et elle en serait plutôt découragée. Quand on admettait que les coliques hépatiques, l'ictère, les lésions du foie étaient une cause provocatrice du xanthome, le traitement s'adressait au foie et lui appliquait les formules ordinaires en usage contre ces maladies; mais du moment que l'ictère, les coliques, les lésions dépendent du xanthome, on se sent un peu désarmé; car on n'a aucun spécifique contre cette maladie. Sans doute, il est toujours bien de surveiller le régime, de favoriser les selles, d'administrer les *alcalins* à domicile ou dans les stations. On peut même avec Besnier donner de bonnes doses de *térébenthine*, jusqu'à 8 à 10 grammes par jour; mais on prescrit tout cela avec moins de confiance en songeant au peu d'action qu'ont ces moyens sur les xanthomes visibles de la peau et en craignant qu'ils n'en aient pas davantage sur les xanthomes profonds.

Dans les formes *diabétiques*, l'indication fondamentale est de traiter le diabète, et l'on se sent ici moins désarmé que chez les hépatiques.

B. — *Localement*, il est légitime d'enlever ou de détruire les lésions qui par leur siège ou leur volume peuvent troubler une fonction, les nodules des orifices du nez par exemple, ou les tumeurs des coudes et des genoux. L'*électro* ou l'*igni-puncture* peuvent réduire des lésions de petit volume. Pour les tumeurs, l'*extirpation* vaut mieux. L'antisepsie permet de faire, même chez les diabétiques, surtout si le diabète a été préalablement amélioré, ces opérations avec sécurité. La disparition spontanée possible des manifestations chez les diabétiques doit faire ajourner chez eux toute opération qui ne serait pas urgente, et en matière de xanthome l'urgence est rare.

Il ne faut pas oublier que le xanthome en tumeurs a parfois des prolongements profonds ; dans l'observation de Carry (1880), la première de ce type, la dissection fut assez laborieuse ; en pareil cas, comme il s'agit ici de néoplasies bénignes, nous préférerions laisser quelques parcelles de la tumeur.

D'autres moyens de destruction ont été proposés et employés, soit la *curette*, soit les *emplâtres à l'acide salicylique* au 5e appliqués pendant deux ou trois jours et renouvelés (Prince-Morrow), soit enfin le *collodion au sublimé* à 10 p. 100 (Stern-Bluschko).

Il reste encore, en somme, bien des incertitudes dans la thérapeutique du xanthome et bien des obscurités sur sa nature et sur la cause qui fait évoluer à un moment donné les éléments qui le constituent.

C. — Le *xanthome élastique* est probablement une espèce distincte, car le tissu élastique par lui-même est jaune et est un des éléments constitutifs de la peau. Pour le reste on serait fort embarassé d'établir une division rationnelle et de dire si les manifestations planes, papuleuses, en tumeur, localisées, généralisées, transitoires, diabétiques, hépatiques, etc., constituent une maladie unique, ce que nous serions bien tenté de croire, ou doivent se rattacher à deux ou trois maladies distinctes.

CHAPITRE XVII

TRAITEMENT DU MYCOSIS FONGOÏDE

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Le mycosis fongoïde est caractérisé par le développement à la surface du derme de tumeurs de structure adénoïde; son histoire ne commence réellement qu'avec les descriptions cliniques de Bazin (1862) et les examens histologiques de Gillot et Ranvier (1869). Ces auteurs établissent l'analogie de structure des tumeurs décrites par Bazin avec le tissu adénoïde, avec la trame des ganglions lymphatiques.

Les tumeurs du mycosis fongoïde se développent souvent avec une certaine rapidité: elles peuvent acquérir le volume d'une noisette, d'une noix, d'une mandarine, du poing; elles sont rouges ou violacées, sillonnées de vaisseaux, inégales à la surface, dures; Alibert les comparait à des tomates. Les tumeurs peuvent être isolées, se réunir en groupes plus ou moins importants, former des surfaces mamelonnées anfractueuses, constituées par des tumeurs accolées à leur base : elles ne sont pas douloureuses; la sensibilité est plutôt diminuée à leur niveau; il est fréquent de voir les poils qui les recouvrent s'atrophier et disparaître. Les tumeurs restent longtemps, pendant des mois, stationnaires; puis elles subis-

sent des évolutions en sens opposé : tantôt elles se rétractent, s'affaissent, s'effacent sans laisser de traces; tantôt elles se ramollissent et s'ulcèrent, fournissant une sécrétion peu abondante qui se concrète en croûtes ou une suppuration abondante, ichoreuse et fétide. L'ulcération gagne en profondeur et constitue une cavité cratériforme qui arrive quelquefois à creuser jusqu'aux os et à les dénuder.

Les ganglions lymphatiques de la région se tuméfient, deviennent douloureux; on a constaté l'augmentation de volume du foie, de la rate.

Les tumeurs adénoïdes s'observent surtout au tronc, à la racine des membres et à leur partie interne, à la face et aux extrémités, aux poignets, aux mains, aux cou-de-pied et aux pieds.

Il est de règle que l'apparition des tumeurs soit précédée d'un certain nombre d'altérations cutanées dont Bazin avait mis en relief toute l'importance.

Ce sont d'abord des efflorescences passagères qui finissent par devenir de plus en plus persistantes et s'installent définitivement : elles revêtent le masque de l'urticaire, de l'érythème, de l'eczéma sec. Elles se présentent sous forme de plaques rouges, s'effaçant incomplètement par la pression, légèrement squameuses; le prurit est habituel et particulièrement intense.

C'est la première période de la maladie, *la période eczématiforme,* pendant laquelle les lésions sont encore superficielles. Bientôt, à la surface des placards eczématiformes, on voit se produire des surélévations à aspect lichénoïde, de couleur rouge foncé, irrégulières de forme, mamelonnées, rugueuses, susceptibles de s'affaisser spontanément et de se terminer par résolution; ces plaques lichénoïdes disparaissent sur un point pour se reproduire sur d'autres, c'est la deuxième période, *période lichénoïde,* dans laquelle la lésion cutanée est devenue profonde; la maladie est maintenant affirmée. — Bientôt la troisième période, *celle des tumeurs,* lui fait suite.

Les tumeurs du mycosis fongoïde se développent donc

habituellement sur une peau antérieurement malade, eczématisée, lichénisée; cette règle comporte cependant quelques exceptions rares, et on a pu voir les tumeurs se développer sur une peau saine jusqu'alors.

La période des efflorescences cutanées, qui précèdent l'apparition des tumeurs, se prolonge ordinairement pendant des mois; elle peut durer des années, dix, quinze, vingt ans : l'intensité du prurit, la disposition de l'éruption en placards, l'épaississement particulier de la peau permettront quelquefois à un médecin versé dans la connaissance des maladies de la peau de prévoir le danger qui menace les malades.

Les tumeurs n'aboutissent à l'ulcération qu'après des mois ou des années.

La santé générale finit par s'altérer; l'appétit languit; les digestions se font mal : il y a de la diarrhée; les malades maigrissent, se cachectisent, tombent dans le marasme.

L'éruption initiale cutanée peut revêtir des caractères beaucoup plus intenses, beaucoup plus graves que ceux de l'eczéma, du lichen. Kaposi a décrit, sous le nom de *lymphodermie pernicieuse*, une forme dans laquelle les téguments sont rapidement envahis dans leur totalité par un eczéma humide et prurigineux; la peau est infiltrée, épaissie, pâteuse. Des nodosités cutanées et sous-cutanées, pâteuses et dures, se développent en des points multiples; quelques-unes s'ulcèrent. La tuméfaction de la face, des oreilles, du front, donnent au visage un aspect de satyriasis. La mort survient dans le marasme.

Le mycosis a une marche régulièrement chronique.

Besnier et Hallopeau ont insisté sur une forme initiale particulièrement grave du mycosis fongoïde, qui paraît n'être autre que la lymphodermie pernicieuse de Kaposi : elle est caractérisée par une éruption généralisée, de type érythémateux, scarlatiniforme; la peau est plissée, *semble beaucoup trop large pour les parties sous-jacentes;* il y a prurit inextinguible, alopécie, gonflement des ganglions lymphatiques, anémie, leucocytose peu accentuée, pseudo-furoncles, anthrax sur la

peau ainsi altérée; les tumeurs lymphoïdes se montrent sous forme de nappes infiltrées ou de tumeurs en macaron.

Le mycosis, à la suite des travaux de Gillot, Ranvier, Malassez, Landouzy, Debove, Demange, fut considéré comme une véritable lymphadénie cutanée, comme la manifestation du côté de la peau du processus lymphogène susceptible d'atteindre tous les tissus, tous les organes : depuis lors nombre d'auteurs ne veulent plus y voir qu'une tumeur de la peau voisine des sarcomes; cette opinion, très répandue en Allemagne, en Amérique, compte en France parmi ses partisans autorisés Vidal, Besnier, Brocq.

L'origine parasitaire est restée jusqu'à présent discutée; cependant Delbet est parvenu, dans ces derniers temps, à reproduire par l'inoculation du mycosis un lymphadénome expérimental généralisé.

II

Traitement.

A. — TRAITEMENT INTERNE

Les traitements internes conseillés contre le mycosis fongoïde sont nombreux; on a essayé l'*iodure de potassium;* les préparations *iodiques*, *mercurielles*, *salicylées*, *phéniquées*, les *sulfureux*, les *alcalins*, l'*arsenic;* aucun de ces médicaments n'a donné de résultats appréciables.

On pourra essayer les *injections sous-cutanées de préparations arsenicales*, pratiquées sous la peau normale ou dans l'épaisseur même des tumeurs. On injectera II à IV gouttes de *liqueur de Fowler* une fois par jour; la dose a pu être poussée à XII gouttes par jour. L'injection suivante sera moins irritante pour la peau et mieux tolérée :

℞ Liqueur de Fowler	1 partie.
Eau distillée.	2 —

1 centimètre cube à la fois,

M. s. a.

ou bien encore :

℞ Arséniate de soude.	0gr,05 à 0gr,10
Eau distillée.	10 grammes.

Dissolvez un quart de seringue à la fois.

Le traitement par l'arsenic devra être très énergique, poussé aux extrêmes limites de la tolérance; il demande par conséquent une surveillance active.

Un traitement *tonique* et remontant s'impose pour prévenir et combattre l'épuisement, la cachexie ; il faudra veiller à empêcher la diarrhée, cause fréquente et puissante de débilitation, de s'installer d'une façon définitive, ou tout au moins prolongée.

Contre le *prurit*, on aura recours aux préparations de *valériane*, au *bromure de potassium*, à l'*alcoolature d'aconit*, aux *lotions avec l'eau phéniquée* au deux centième, la solution de *chloral* à un centième, avec de l'eau additionnée d'une cuillerée de *vinaigre* pour un verre d'eau; le malade saupoudrera la surface du corps avec des *poudres inertes*, aura recours au *glycérolé tartrique*. Un insuccès complet suit ordinairement les efforts dirigés contre le prurit.

B. — TRAITEMENT EXTERNE

Le traitement à la période eczémateuse sera celui de toutes les affections eczématiformes : *enveloppements humides* ou *caoutchoutés*, pommades à l'*oxyde de zinc*, *poudres inertes* ou *astringentes*, etc., etc.

Dans les cas de tumeurs peu nombreuses, l'*ablation* a pu être tentée; une cicatrisation simple et normale a suivi l'opération. Les tumeurs ulcérées recevront un pansement antiseptique; elles seront nettoyées à l'aide de *pulvérisations phéniquées;* on aura recours de préférence aux pansements humides avec l'*eau phéniquée*, le *coaltar saponiné*, l'*eau alcoolisée*. Dans un cas, Brocq a vu la cicatrisation se produire rapidement à la suite de pansements avec le *naphtol camphré;*

des injections interstitielles pratiquées régulièrement amenèrent la formation de petites eschares et la guérison des tumeurs.

Vidal employait les pommades à l'*acide pyrogallique*, au dixième ou au cinquième. Ce traitement entraîne avec lui des dangers d'intoxication. Blanc a recommandé les pommades à l'*ichthyol* ou à l'*iodoforme*. Besnier s'est servi avec avantage d'un mélange de neuf parties de *sous-nitrate de bismuth* et d'une partie de *salol* dans le cas de mycosis ulcéré.

CHAPITRE XVIII

TRAITEMENT DE L'ÉPITHÉLIOMA CUTANÉ OU CANCROÏDE

PAR

E. GAUCHER ET C. BARBE

Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Chef du laboratoire de dermatologie à l'hôpital Saint-Antoine.
Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

On distingue trois variétés principales d'épithéliome cutané : une première caractérisée par la production d'une ulcération sans tumeur apparente (*ulcus rodens*) ; une deuxième qui se rapproche beaucoup de la première par sa situation superficielle, mais qui s'en distingue par la formation de saillies semblables à des papillomes et même d'une tumeur (*épithéliome superficiel papillaire*) ; une troisième qui constitue l'épithéliome profond avec tumeur bien délimitée (*cancer cutané des anciens auteurs*).

Cette distinction de l'épithéliome cutané en trois variétés est non seulement importante au point de vue nosographique, mais aussi au point de vue thérapeutique, car le même procédé de destruction ne convient pas à chacune de ces variétés, à l'ulcus rodens et à l'épithéliome profond, par exemple.

II

Contre-indications.

L'expression *noli me tangere*, ancienne dénomination du cancroïde, ne s'applique pas à tous les cas, mais seulement à quelques-uns d'entre eux. On ne touchera pas aux cancroïdes qui sont trop étendus et qui ne pourraient subir, à cause de leur situation, une destruction complète; il vaut mieux en effet ne pas toucher à un épithéliome que d'en laisser dans les tissus la moindre parcelle qui deviendrait un foyer de repullulation. On ne touchera pas davantage aux cancroïdes qui surviennent chez les vieillards et qui ont souvent une allure torpide, ni à ceux qui sont accompagnés d'extension de la maladie aux ganglions correspondants.

III

Prophylaxie.

On sait qu'il est très fréquent de voir chez les vieillards un épithéliome débuter au-dessous d'un amas de croûtes séborrhéiques; chez ceux qui sont atteints de séborrhée concrète de la face, on entretiendra la propreté des téguments à l'aide de lavages faits de temps en temps avec un *savon doux*, de lotions avec de l'*alcool saturé d'acide borique*, avec une solution de *borax*, de *pulvérisations* pratiquées avec l'*eau boriquée* tiède. Si, à la suite de ces lavages, il se produisait de l'irritation, on la calmerait par l'application de poudres inertes ou de cataplasmes d'amidon froids.

IV

Ulcus rodens.

Dans certains cas d'ulcus rodens peu étendu, le *chlorate de potasse* appliqué localement suffit quelquefois seul. C'est

le topique par excellence de l'épithéliome cutané. On recouvrira l'ulcus rodens avec du chlorate de potasse porphyrisé, après avoir détergé l'ulcère avec une solution concentrée de chlorate de potasse (6 p. 100). Cette application est très douloureuse ; aussi pourra-t-on badigeonner préalablement l'ulcus avec une solution de *cocaïne*.

Lorsque le malade ne pourra plus endurer le chlorate de potasse pur, on le remplacera par un pansement humide *boriqué* ordinaire.

Le lendemain et les jours suivants, on enduira l'ulcère d'une couche de cette pommade : chlorate de potasse 2 grammes ; talc pulvérisé et tamisé ou poudre d'amidon, 4 grammes ; vaseline, 10 grammes ; on la laissera jour et nuit et on la renouvellera matin et soir et même plus souvent. Chaque fois qu'on fera le pansement, on lavera préalablement l'ulcère avec la solution de chlorate de potasse. On pourra même essayer de revenir à la poudre de chlorate de potasse, qu'on maintiendra avec de l'ouate et qu'on gardera aussi longtemps que le malade pourra la supporter.

Si ce procédé ne suffit pas, on emploiera les *caustiques*, et de préférence la pâte de *Canquoin* ou le *caustique de Filhos*, qui, entre les mains de Lailler, a donné d'excellents résultats. Du reste, nous reviendrons plus loin sur ce procédé par les caustiques. En revanche, la *thermo-cautérisation* est parfois inefficace dans l'ulcus rodens. Dans un cas où le moindre attouchement provoquait une hémorragie, nous avons employé avec succès la solution officinale de *perchlorure de fer*.

V

Épithéliome superficiel papillaire.

Il y a trois moyens principaux de destruction de l'épithéliome superficiel : la cautérisation ignée, les caustiques, le raclage.

A. — La *cautérisation ignée* se pratiquera, soit à l'aide du

galvano-cautère, soit à l'aide du thermo-cautère à pointe fine. On détruira les parties malades, les bourrelets périphériques, en enfonçant l'instrument perpendiculairement et assez profondément pour aller jusqu'aux tissus sains; les points cautérisés seront aussi rapprochés que possible les uns des autres; s'il y a une légère hémorragie, on pratiquera l'hémostase avec de l'ouate ou de l'amadou aseptiques. Si le malade est craintif, on fera l'anesthésie préalable au moyen du stypage au *chlorure de méthyle*.

Si la lésion est très étendue, la cautérisation de toute la tumeur aura lieu en plusieurs séances.

Après chaque cautérisation, il sera bon de pratiquer une pulvérisation à l'*eau boriquée* sur la partie cautérisée, puis on fera un pansement boriqué simple.

Le lendemain de la cautérisation et les jours suivants, on appliquera sur l'eschare le *chlorate de potasse*, soit pur, soit sous forme de pommade, suivant les indications données plus haut.

A l'aide de ce double traitement, cautérisation ignée et application de chlorate de potasse, employé par l'un de nous à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Saint-Louis, nous avons obtenu d'excellents résultats : 9 cas guéris, 9 cas très améliorés, 2 presque guéris, mais conservant quelques points suspects.

B. — Les *caustiques* constituent une méthode excellente pour les épithéliomes bien limités, formés par une tumeur plus ou moins arrondie, tandis que la cautérisation ignée est le procédé de choix pour les épithéliomes papillaires de forme irrégulière, qu'on ne pourrait détruire avec les caustiques qu'au prix de délabrements considérables.

Un des meilleurs caustiques est le *caustique de Manec*, qui se compose de deux parties d'*acide arsénieux*, de six parties de *sulfure de mercure*, de douze parties d'*éponge calcinée*. Mais il n'est pas applicable aux tumeurs étendues, à cause des dangers d'intoxication arsenicale.

On délaie le caustique dans un peu d'eau jusqu'à consis-

tance de pâte, qu'on applique sur la tumeur. Pour protéger les tissus sains contre la cautérisation, on met préalablement un carré de sparadrap de diachylon, percé à son centre d'un trou qui laisse l'épithéliome découvert. Par-dessus le caustique, on fixe une plaque d'amadou et une bande pour maintenir celui-ci. Au bout de huit à quinze jours, le caustique tombe avec la tumeur, après avoir déterminé une vive inflammation périphérique. Cette inflammation sera calmée par l'application de compresses émollientes. Une fois celle-ci tombée, on pansera avec la pommade au chlorate de potasse, suivant le procédé déjà décrit.

Si l'on ne peut employer le caustique de Manec, on se servira de la *pâte de Vienne* qu'on laissera en place une demi-heure au plus.

C. — *Raclage*. — Le raclage compte à l'heure actuelle de nombreux partisans, mais il ne nous semble pas exempt de danger pour la raison suivante : il ouvre trop de portes d'entrée à la réinfection, par l'hémorragie assez abondante qu'il détermine. Aussi est-il de toute nécessité de cautériser la plaie qui résulte du raclage soit avec le *chlorure de zinc*, soit avec le *thermo-cautère*. Le raclage sera pratiqué rapidement avec une curette tranchante assez large, après anesthésie locale préalable.

On enlèvera tous les tissus friables jusqu'aux parties saines; l'hémostase sera faite avec de l'amadou, puis on cautérisera immédiatement la plaie, comme nous l'avons dit précédemment. On appliquera un pansement boriqué; au bout de quelques jours, on pourra recourir au chlorate de potasse.

D.— Dans les cas inopérables par l'un des trois procédés que nous venons d'indiquer, le *chlorate de potasse*, employé suivant la méthode que nous avons déjà décrite, donne souvent une amélioration tout à fait inattendue : ce qui n'empêchera pas de cautériser les parties végétantes, surtout à la périphérie de la lésion.

E.— Dans l'épithéliome des lèvres, comme dans toute tumeur

de même nature développée au voisinage d'une muqueuse, tous ces procédés, y compris la pommade au chlorate de potasse, sont inefficaces; aussi le néoplasme doit-il être enlevé largement.

F. — Nous ferons exception pour l'épithéliome du bord des paupières, que l'on pourra essayer de traiter d'abord suivant la méthode de A. Darier[1]. Après anesthésie préalablement faite à l'aide de la cocaïne, on imbibera toute la surface malade avec un pinceau trempé dans une solution concentrée de *bleu de méthyle* (bleu de méthyle, 1 gramme, alcool et glycérine ââ 5 grammes). Toutes les parties teintes en bleu seront ensuite touchées avec un stylet d'acier trempé dans une solution d'*acide chromique* au 1/5. On réappliquera encore une fois du bleu, après quoi on lavera le pourtour du mal pour enlever l'excès de liquide. Pansement avec des compresses de *sublimé* au 1/1 000. Les attouchements seront répétés quatre ou cinq fois à deux ou trois jours d'intervalle; puis on ne se servira plus que du bleu de méthyle jusqu'à ce que le derme reformé n'absorbe plus la couleur. Il est bon de faire remarquer que ce traitement est loin de donner toujours des résultats satisfaisants. Nous conseillons de l'essayer, mais souvent on sera obligé d'arriver à l'ablation.

VI

Épithéliome profond.

Le traitement de l'épithéliome profond est exclusivement du ressort de la chirurgie. Quant au traitement par l'administration du chlorate de potasse ou de soude à l'intérieur, s'il a donné quelques résultats, c'est que l'on appliquait en même temps ce sel à l'extérieur.

1. A. Darier. — *Bulletin de la Soc. de Dermatologie*, juin 1893.

CHAPITRE XIX

TRAITEMENT DU XERODERMA PIGMENTOSUM

PAR

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

I

Considérations générales.

Le xeroderma pigmentosum n'est autre que l'épithéliomatose pigmentaire de Besnier, la mélanose lenticulaire progressive de Pick, l'atrophodermie pigmentaire de Crœker, la liodermie essentielle avec télangiectasie et mélanose de Neisser.

C'est à Kaposi que nous devons la première bonne description de cette affection; elle débute dans les premières années de la vie; elle est caractérisée à ses débuts par des taches érythémateuses occupant les parties découvertes du corps, face, cou, mains, partie inférieure des avant-bras. Sur les placards érythémateux se développent des taches fauves ou brunâtres, souvent peu foncées, présentant de grandes analogies avec les taches de lentigo; la peau est lisse, brillante, atrophiée : les régions malades sont le siège de dilatations vasculaires. Quand la maladie a duré un certain nombre d'années, il est de règle de voir se développer sur les surfaces malades des productions épithéliales; celles-ci sont peu volumineuses au début, forment de simples petites saillies verruqueuses; puis elles végètent, bourgeonnent et arrivent

à former des tumeurs épithéliales volumineuses. Ces dernières peuvent se détacher spontanément et ne laisser à leur place qu'une simple tache cicatricielle; elles sont susceptibles de guérison après destruction ou ablation chirurgicale. Les malades atteints de xeroderma pigmentosum meurent jeunes; il est rare de les voir dépasser l'âge de vingt-cinq ans; ils succombent aux progrès de la cachexie épithéliale.

On voit souvent plusieurs membres de la même famille, d'une même génération être atteints de l'affection.

II

Traitement.

Nous ne connaissons pas de médication interne susceptible d'arrêter les progrès du xeroderma pigmentosum : on a essayé en vain les *préparations arsenicales*, l'*iodure de potassium*, l'*huile de foie de morue*, le *chlorate de soude ou de potasse*. Un traitement *tonique* est indiqué pour prévenir ou enrayer la cachexie.

Il faut éviter toute cause susceptible d'amener la congestion de la face, exposition au soleil, à l'air vif, particulièrement à l'air de la mer.

Pour prévenir le développement des épithéliomes et ralentir les altérations de la peau, on a employé les lotions avec la *liqueur de van Swieten*, les applications d'*emplâtre de Vigo* ou d'*emplâtre rouge* de Vidal, les *pommades soufrées*, les lotions avec la *solution alcoolique d'ichthyol* à 10 ou 15 p. 100, avec l'*acide pyrogallique* (Unna); j'ai essayé les attouchements avec une solution de *bleu de méthylène :* aucun de ces traitements ne s'est montré régulièrement efficace.

Les tumeurs épithéliales devront être détruites dès leur apparition par un *raclage* suivi d'une *cautérisation* avec le galvano-cautère ou d'une application de poudre de *chlorate de potasse;* les tumeurs volumineuses seront enlevées *chirurgicalement;* on a vu leur ablation suivie d'une période de tranquillité se prolongeant pendant plusieurs années.

CHAPITRE XX

TRAITEMENT DU LUPUS

PAR

H. LELOIR

Professeur à la Faculté de Lille.

I

Considérations générales.

Ainsi que je l'ai dit en 1890, dans mes leçons sur le lupus[1] et ainsi que je l'ai répété en 1892[2], on conçoit aisément que les opinions si contraires qui ont régné et règnent encore sur la nature du lupus; que l'absence de monographie sur le lupus écrite dans ces derniers temps par un dermatologiste pour lequel la nature tuberculeuse du lupus est démontrée; que l'absence de caractéristique donnée par certains auteurs à la lésion initiale du lupus, et qu'enfin la définition insuffisante de la classe tubercule[3] dans laquelle on doit ranger

1. H. Leloir. — Leçons sur le Lupus. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890.

2. H. Leloir. — Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses. Paris, 1892.

3. J'ai cru dans mes leçons cliniques (devant les définitions si vagues que les auteurs donnent de la lésion élémentaire tubercule, définitions où ils s'efforcent en vain de distinguer le tubercule de la papule par le volume, la consistance de l'une ou l'autre lésion élémentaire, laissant absolument de côté ce caractère majeur tiré de l'évolution : la non-résolution du tubercule), devoir proposer une définition de cette lésion élémentaire qui fût plus en rapport avec les progrès de la dermatologie et de la bactériologie, avec la clinique moderne en un mot. Avec

la lésion élémentaire du lupus, ont dû influer notablement sur la définition de cette affection.

Voici la définition que je propose :

Le lupus est une des formes de la tuberculose tégumentaire, variété peu virulente [1] (scrofulo-tuberculeuse), dont la lésion élémentaire (lupome) est, au point de vue dermatologique, un tubercule, tubercule de volume et de dispositions très variables, de couleur rouge brunâtre rappelant plus ou moins le sucre d'orge, d'une consistance molle, évoluant en général d'une façon lente, chronique, détruisant les tissus,

cette définition on peut distinguer le tubercule des papules et des tumeurs de la peau, et l'on s'étonnera de trouver le molluscum fibreux, par exemple, rangé parmi les tubercules dans les traités classiques récents, comme on a pu le voir, en 1885 dans le traité de Duhring, en 1887 dans le nouveau traité de Hardy.

Voici la définition de la lésion élémentaire tubercule que j'ai proposée en 1885. Elle a été adoptée depuis par plusieurs dermatologistes des plus éminents. Je définis le tubercule : une néoplasie siégeant dans le derme, de nature inflammatoire, non résolutive spontanément (tendant par conséquent à la destruction partielle ou totale des tissus dans lesquels elle s'est développée et à la formation de cicatrices par ulcération, par sclérose ou par résorption interstitielle), renfermant un micro-organisme pathogène. » (H. Leloir. — Traité de la Lèpre, 1886, p. 45, note de bas de page, et Leçons sur les lésions élémentaires de la peau. *Journal des connaissances médicales*, 5 mai 1887, page 138.)

De même que j'avais pu appliquer cette définition dermatologique du tubercule (lésion élémentaire) au syphilome dermique et au léprome dermique nodulaire, celle-ci est entièrement applicable au lupome (lésion élémentaire du lupus vulgaire). Elle permet en outre de saisir plus facilement les analogies cliniques et pathologiques qui existent entre ces trois affections : syphilide tuberculeuse, lèpre systématisée tégumentaire nodulaire, lupus. Elle montre enfin les analogies qui existent entre le lupome (scrofulo-tuberculose cutanée nodulaire) et les gommes scrofulo-tuberculeuses (voir la définition que j'ai donnée des gommes dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau). Nous verrons plus loin que lorsque le lupome envahit non-seulement le derme, mais les tissus sous-jacents et qu'il détruit les tissus par nécrobiose ulcéreuse, il est presque impossible de le distinguer des gommes scrofulo-tuberculeuses. Ceci est tellement vrai que E. Besnier a été forcé de proposer, et avec raison, le terme de lupus ulcéro-gommeux pour certaines variétés profondes du lupus exedens.

1. Je dis peu virulente et non atténuée, comme on l'a fait jusqu'ici et comme je l'ai souvent fait moi-même à tort, parce que l'adjectif atténué pourrait faire croire qu'il s'agit ici d'un virus atténué, d'un virus vaccin. Il n'en est malheureusement rien. La clinique et l'expérimentation le prouvent tous les jours. Il s'agit ici tout simplement d'une tuberculose peu riche en bacilles, peu virulente en un mot, mais qui, que l'on me passe une comparaison vulgaire, n'en est pas moins une tuberculose, comme un potage peu riche en vermicelle n'en est pas moins un potage au vermicelle. Cette rareté des bacilles est sans doute une des causes qui expliquent l'apparence et l'évolution clinique du lupus vulgaire et la

soit par résorption interstitielle (lupus non exedens), soit par ulcération (lupus exedens), soit par sclérose (lupus sclérosé). Le lupus peut envahir toutes les régions de la peau et des muqueuses adjacentes. Il s'accompagne souvent d'autres lésions scrofulo-tuberculeuses; comme toutes les tuberculoses locales, il peut amener l'infection partielle ou totale de l'économie. Il débute en général dans l'enfance ou l'adolescence.

A cette définition, il faudrait ajouter que cette production scrofulo-tuberculeuse (que je désignerai désormais sous le nom de lupome), si elle se développe le plus souvent dans le derme sous forme de nodosités prenant l'aspect de la lésion élémentaire tubercule, peut aussi parfois se déposer d'une façon plus diffuse (lupome en nappe), ce qui pourrait porter à diviser le lupome, de même que je l'ai fait pour le léprome dans mon *Traité de la Lèpre*, en lupome en nappe et en lupome nodulaire [1].

Mais un examen attentif fera le plus souvent reconnaître la lésion élémentaire tubercule soit dans le placard lupeux lui-même, soit au niveau de ses bords, ou dans son voisinage, ou au niveau d'autres lésions lupeuses. Le lupome en nappe doit, au point de vue dermatologique, être considéré comme une infiltration confluente et diffuse de tubercules lupeux. Il faut aussi adjoindre à cette définition que, en général, le lupome ne se ramollit pas en masse, ce qui le distingue des gommes scrofulo-tuberculeuses dermiques, avec lesquelles d'ailleurs certaines variétés de lupus ulcéreux présentent une grande analogie.

De cette définition du lupus découlent sa description, son

différence objective et évolutive qui existe entre celui-ci et les tuberculoses dites vraies de la peau et des muqueuses.

1. Lorsque, ce qui arrive pour certaines formes de lupus ulcéreux profond, le lupome envahit non seulement le derme, mais l'hypoderme et les tissus sous-jacents et qu'il les nécrose et ulcère profondément, la lésion élémentaire du lupus sera plutôt une gomme qu'un tubercule. (Voir ma définition de la gomme : H. Leloir. — *Leçons sur les lésions élémentaires de la peau. Journal des connaissances médicales*, 1887.) Le terme de lupus tuberculo-gommeux proposé par E. Besnier pour désigner ces variétés de lupus (lupus ulcéreux profond) me paraît pleinement justifié.

évolution, ses complications, son pronostic, son diagnostic.

Le lupus a pour lésion élémentaire un tubercule (ou parfois une tuberculo-gomme). Nous désignerons cette lésion élémentaire sous le nom de lupome. Donc, comme toute lésion cutanée constituée par la lésion élémentaire tubercule [1] (nodosité parasitaire), il suivra une marche extensive, excentrique, envahissante, destructive, et sera suivi de cicatrices plus ou moins accentuées.

Le lupus a pour lésion élémentaire un tubercule, donc il est produit par un micro-organisme pathogène. Ce micro-organisme est défini : c'est le bacille de la tuberculose. Donc le lupus est une tuberculose locale.

Cette tuberculose locale est peu virulente. Aussi le lupus suit-il une marche lente, chronique. Mais cette virulence est suffisante pour amener à la longue des complications d'origine infectieuse : *a*) infection de voisinage; exemple : lymphangites scrofulo-tuberculeuses, adénopathies scrofulo-tuberculeuses, gommes scrofulo-tuberculeuses ; *b*) infection viscérale et générale; exemple : tuberculose pulmonaire, tuberculose miliaire aiguë.

Le diagnostic du lupus, dans les cas difficiles, reposera entièrement sur ce fait : c'est une tuberculose peu riche en bacilles. Il faudra dans ces cas avoir recours à la recherche des bacilles (et pour cela s'armer de patience) et surtout, ce qui est plus facile et plus sûr, aux inoculations pratiquées aux animaux, en s'entourant de toutes les ressources de la technique expérimentale, sur lesquelles j'ai tant insisté depuis 1882. C'est ainsi que, dans les cas difficiles, on pourra distinguer le lupus de certaines syphilides avec lesquelles on peut le confondre aisément.

Le lupus étant une tuberculose locale, il faudra le traiter comme telle, par la destruction, par les agents parasiticides.

Depuis 1882 [2], c'est-à-dire depuis que mes recherches

1. Ou la lésion élémentaire gomme, à laquelle les mêmes considérations sont applicables, comme j'y ai insisté dans mes leçons sur les lésions élémentaires de la peau et comme nous l'avons vu plus haut.

2. H. Leloir. — Recherches sur l'inoculation du lupus. *Comptes Rendus de la*

expérimentales eurent démontré que le lupus vulgaire devait être considéré certainement comme une tuberculose peu virulente de la peau, j'ai soumis à une analyse méticuleuse, mais absente de tout parti pris, toute la thérapeutique ancienne et moderne. Les très nombreux cas de lupus qui existent dans notre région du Nord, et que je pouvais facilement suivre, soit dans ma clinique hospitalière, soit dans ma pratique privée, me rendaient cette tâche facile.

Je puis dire qu'il n'est probablement pas de traitement employé contre le lupus (autant que j'ai pu en juger par mes nombreux voyages à l'étranger et par mes fréquentes visites à l'hôpital Saint-Louis), que je n'aie essayé dans le traitement de cette affection.

Ayant suivi non pas des mois, mais pendant de longues années, le résultat des méthodes thérapeutiques que j'employais (ce qui est plus facile dans les centres moyens pourvus d'un seul service dermatologique que dans les grandes capitales où l'assiduité des malades à un même service est fatalement moins grande, comme l'a justement remarqué

Société de Biologie, décembre 1882. — Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus (en collaboration avec M. V. Cornil). *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 28 juillet 1883. — Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus (en collaboration avec M. V. Cornil). *Archives de Physiologie*, 1884. — Recherches sur la nature du lupus vulgaire. *Congrès international des Sciences médicales*. Copenhague, août 1884. — Recherches sur la nature du lupus. *In thèse de* Renouard. Paris, 1884. — Recherches nouvelles sur les relations qui existent entre le lupus et la tuberculose. *Annales de Dermatologie*, juin 1886. — Leçons sur le lymphatisme et la scrofulo-tuberculose. *Bulletin Médical*, 1888. — Sur la nature des variétés atypiques du lupus vulgaire. *Comptes Rendus du Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris 1888. — Des tuberculoses expérimentales déterminées par les inoculations de produits scrofulo-tuberculeux. *Comptes Rendus du Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1888. — Des adénopathies secondaires au lupus vulgaire. *Comptes Rendus de l'Institut*, mai 1889. — Le lupus vulgaire et le système lymphatique. *Annales de la tuberculose*, 1890. — Le lupus sclérosé et le lupus scléreux. *Annales de la tuberculose*, 1890. — Le lupus de la langue. *Annales de Dermatologie*, 1889. — Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux. *Archives de Physiologie*, 1890. — Action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus. *Médecine Moderne*, 20 novembre 1890. — Leçons sur le lupus. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890. — *Traité pratique, théorique et thérapeutique de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses*, Paris, 1892.

Haslund dans ses belles recherches sur la phtisie chez les lupeux), j'ai pu passer au crible du temps et de l'expérience et éliminer progressivement, une série de traitements qui m'ont paru inutiles.

Je me bornerai donc ici à étudier les méthodes thérapeutiques qui me paraissent devoir être recommandées.

La thérapeutique de la scrofulo-tuberculose tégumentaire (lupus) comme la thérapeutique de toute tuberculose locale se décompose en deux :

I. — Traitement prophylactique ;

II. — Traitement curatif.

Le traitement curatif lui-même comprend :

A. — L'étude du traitement interne et général ;

B. — L'étude du traitement local.

II

Traitement prophylactique.

Après ce que j'ai écrit[1], je puis dire que ce traitement prophylactique de la scrofulo-tuberculose tégumentaire se résume en quelques mots :

1° Éviter autant que possible tout contact du tégument avec le virus tuberculeux, quelle que soit son origine.

2° Traiter antiseptiquement le plus rapidement possible toute plaie susceptible d'avoir été souillée par le virus tuberculeux.

3° Détruire ou aseptiser aussi rapidement et aussi complètement que possible tout foyer tuberculeux profond pouvant inoculer secondairement le tégument.

4° Aseptiser le plus possible toute région tégumentaire souillée par des liquides (crachats, matières fécales, pus, écoulement utérin, etc., etc.) renfermant du virus tuberculeux,

1. Leloir. — *Traité de la scrofulo-tuberculose de la peau et des muqueuses*, chapitre *Pathogénie*.

5° Surveiller avec le plus grand soin le tégument des sujets atteints de tuberculose viscérale et combattre cette tuberculose en relevant l'économie par une thérapeutique appropriée.

6° Modifier et relever la santé générale des sujets lymphatiques, des descendants de tuberculeux, par une thérapeutique et une hygiène minutieuses.

7° Ne pas oublier, comme le dit Landouzy, qu'en matière de tuberculose, l'heure des préoccupations sentimentales est passée.

Il faut en finir avec la doctrine du laisser faire, qui, sous prétexte de ne pas effrayer les gens, les laisse sans défense (puisqu'ils sont sans défiance) contre la tuberculose.

Le silence gardé vis-à-vis de la contagiosité, qu'il faut dire menaçante et non fatale, d'autant plus menaçante que le contagionnable est plus jeune, est une faute, pour ne pas dire un crime, lorsqu'il s'agit de l'enfance, âge pendant lequel se contracte surtout la scrofulo-tuberculose tégumentaire.

Avant d'aborder le traitement curatif du lupus et pour y arriver, une dernière remarque. Si le lupus est si souvent rebelle, cela ne tient-il pas à ce qu'on le traite trop tard? Il débute d'ordinaire dans les premières années de la vie par un bobo insignifiant, auquel on prête à peine attention. Quand on se décide à soigner le mal, le virus est déjà disséminé au loin dans le tégument.

III

Traitement interne et général.

Je serai bref sur celui-ci; car, bien que constituant un adjuvant utile du traitement local, il ne peut à lui seul amener la guérison du lupus.

A. — Il n'existe jusqu'à présent aucune substance qui, introduite dans l'économie par une voie quelconque, suffise à elle seule pour faire disparaître, résorber et cicatriser com-

plètement l'infiltrat scrofulo-tuberculeux, à la manière dont agissent le mercure et l'iodure de potassium à l'égard des syphilomes.

Le fait est absolu et c'est d'ailleurs l'opinion de la presque totalité des praticiens du monde entier.

Aussi peut-on s'étonner à bon droit de voir Hardy écrire, en 1886, que le traitement général, dont la base est pour lui l'*huile de foie de morue*, joue le rôle principal dans la thérapeutique des scrofulides, qu'à lui seul il peut produire la guérison, tandis que les moyens locaux n'agissent souvent que quand la médication interne a déjà produit dans l'économie du malade une modification favorable[1].

N'y a-t-il pas lieu de s'étonner de voir Dühring, de Philadelphie, affirmer, en 1883, que l'usage prolongé de l'huile de foie de morue et de l'*iodure de potassium* lui a souvent admirablement réussi chez les lupiques de son pays et a produit un effet curatif complet et durable[2] ?

Il est vrai que Dühring reconnaît qu'en Autriche il a pu constater l'inefficacité de ces agents qui ont si bien réussi en Amérique. Ce que nous venons de dire est applicable à l'*arsenic* et même à l'iodoforme donnés soit à l'intérieur et à dose élevée, comme l'a expérimenté autrefois E. Besnier, et même sous forme d'injections sous-cutanées d'huile iodoformée de 0gr,10 d'iodoforme par jour, d'après la méthode de Morel-Lavallée[3] et de Gavoy.

Je n'ai jamais vu un seul cas de lupus guéri au sens ferme du mot par l'emploi de l'*iodoforme*. Cependant, dans deux cas de lupus tuberculo-gommeux, j'ai constaté une amélioration appréciable du lupus par les injections d'*huile iodoformée* à la dose de 0gr,05, d'après la méthode de Morel-Lavallée. Il est vrai qu'au bout d'un mois, l'amélioration obtenue n'alla pas plus loin.

1. Hardy. — *Traité des maladies de la peau*, 1886, page 970.

2. Dühring. — *Traité des maladies de la peau*, 1883.

3. Morel-Lavallée. — *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, t. II et *Bullet. méd.*, 14 déc. 1890.

Les *injections hypodermiques d'huile créosotée* instituées par Gimbert, perfectionnées par Burlureaux, et employées par E. Besnier dans son service[1], n'ont jamais amené la guérison de la scrofulo-tuberculose.

B. — Quelques auteurs paraissent croire que différentes affections secondaires définies ou non, érysipèle vrai, lymphangites, agents de la suppuration, etc., etc., peuvent détruire l'élément pathogène de la scrofulo-tuberculose tégumentaire. Comme nous l'avons vu plus haut et comme le dit excellemment E. Besnier, c'est une pure illusion.

Ainsi que je le disais plus haut au chapitre « Complications du lupus » et ainsi que l'écrit si judicieusement Besnier : « Dans tous les troubles graves de l'économie, dans tous les cas où il se produit un état pyrétique intense ou prolongé, le lupus subit une atténuation momentanée, accentuée davantage quand il s'y joint un processus irritatif local, mais le bénéfice réalisé est simplement apparent ou momentané ou partiel. »

Bien plus, comme je l'ai écrit en 1890 dans mon mémoire sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus[2] et comme je l'ai répété en 1891, dans un mémoire sur le même sujet, publié en collaboration avec M. Tavernier au Congrès international de la tuberculose, l'action des agents de la suppuration joue, en ce qui concerne le lupus, un rôle plutôt nuisible qu'utile au point de vue local, et l'érysipèle vrai, qui ne guérit pas non plus, peut avoir pour conséquences des complications viscérales graves.

C. — *Traitement de Koch.* — En ce qui me concerne, comme je l'ai écrit et dit dans mes cliniques dès le 4 décembre 1890, je ne me suis pas cru autorisé à employer sur des êtres humains le liquide de Koch qui nous fut distribué en décembre à la Faculté de médecine de Lille. En revanche, je suis allé chez mes collègues de Lille et de Paris, et en

1. E. Besnier. — *Ann. de dermatologie*, 1890.
2. Leloir. — *Journ. des maladies cutanées et syphilitiques*, 1890.

particulier à l'hôpital Saint-Louis, suivre les résultats obtenus par l'injection de la fameuse lymphe.

Qu'il me soit permis de me féliciter de m'être mis en garde contre l'engouement presque général de 1890 et de m'être refusé à employer la lymphe de Koch avant que son action réellement curative et son absence de danger pour la santé générale du sujet m'eussent été démontrées par l'expérience des autres.

Voici d'ailleurs ce que j'ai écrit[1] le 4 décembre 1890 à M. le professeur Brown-Séquard, en réponse à une lettre que cet éminent savant m'avait adressée pour me demander, afin de l'insérer dans les *Archives de Physiologie*, mon opinion sur le traitement du lupus par la méthode de Koch[2] :

« A M. le professeur Brown-Séquard, membre de l'Institut.

« Vous m'avez fait l'honneur de me demander mon opinion sur le traitement du lupus par la méthode de Koch. Voici ce que, à mon avis, l'on doit en penser actuellement (4 décembre 1890).

« Le traitement de Koch, venant confirmer d'une façon si remarquable la démonstration expérimentale que j'ai faite en 1883 de la nature tuberculeuse du lupus (nature tuberculeuse que je soutiens depuis cette époque malgré l'opposition d'un certain nombre de médecins éminents), vient d'ajouter le critérium réactionnel (pour ne pas dire thérapeutique) aux divers critériums cliniques, histologiques et expérimentaux, qui prouvent d'une façon péremptoire la nature tuberculeuse de cette affection. Cette démonstration constitue un fait scientifique majeur dans l'histoire du lupus.

« A l'importance de cette découverte au point de vue scientifique et diagnostique, faut-il en adjoindre une autre; la

1. H. Leloir. — Remarques sur la nature tuberculeuse du lupus et sur son traitement par la lymphe de Koch. *Archives de Physiologie*, 1890.

2. Étant données nos connaissances nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch, et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus (H. Leloir, *Médecine Moderne*, novembre 1890), il serait intéressant de savoir quelle action a ce remède, d'une part sur les lupus modifiés par les agents de la suppuration et d'autre part sur les lupus non modifiés en apparence par lesdits agents.

valeur thérapeutique de la lymphe de Koch dans le traitement de cette redoutable affection?

« Le traitement de Koch guérit-il le lupus? A-t-il guéri des lupus? Sommes-nous en présence d'un remède spécifique guérissant les tuberculoses cutanées?

« Actuellement, il est impossible de le dire, parce que le temps écoulé depuis que le traitement de Koch est employé est trop court. Ceux qui ont un peu l'expérience de l'évolution du lupus et des surprises que réserve son traitement savent que, pour affirmer qu'un lupus est guéri, il faut des mois, des années d'observation.

« Comme je l'ai montré et dit dans mes leçons sur le lupus, la marche naturelle du lupus est de procéder par à-coups séparés et par récidives. Or, le traitement de Koch ne date que de quelques semaines. Donc, en se plaçant au point de vue clinique, au point de vue scientifique pur, on ne peut pas dire que le traitement de Koch guérit le lupus; car obtiendrait-on une cicatrice d'aspect parfait où l'on ne découvrirait aucun nodule lupeux, l'on ne pourrait pas dire actuellement que le lupus est guéri d'une manière absolue.

« Il nous est arrivé souvent en effet de voir des lupeux présenter de belles cicatrices et être atteints quelques mois après d'une récidive. Ces récidives se sont d'ailleurs produites chez plusieurs malades soignés par la méthode de Koch.

« D'autre part, j'ai lu avec soin les observations de lupus traités par la méthode de Koch, et pas une ne constitue jusqu'ici un cas de réelle guérison.

« Le lupus est, dit-on, amélioré. Mais nous savons tous ce que veut dire ce terme : « amélioration » quand il s'agit du lupus. Tout le temps qu'il persiste des lupomes dans les tissus, le lupus n'est pas guéri; il faut redouter les récidives plus ou moins profondes, plus ou moins intenses.

« Quant à dire que des lupus ulcéreux ont été par ce traitement transformés en lupus non ulcéreux, cela importe peu; car le traitement des lupus non ulcéreux n'est pas moins difficile que celui des lupus ulcéreux, au contraire peut-être.

« Voici d'ailleurs ce qu'a pu constater, dans son récent voyage à Berlin, un des savants les plus compétents en matière de lupus, le professeur Haslund de Copenhague : il n'a pas vu un seul cas de lupus, parmi ceux qu'on lui présentait comme guéris, qu'il considérerait lui-même comme guéris[1].

« Cette opinion de Haslund concorde avec les renseignements nombreux que j'ai reçus. Donc actuellement, nous ne pouvons pas plus dire que le traitement de Koch ne guérit pas le lupus que nous pouvons dire qu'il le guérit. Personne ne pourra le dire avant quelques années, lorsque les malades auront été longuement et minutieusement examinés et suivis.

« Toute autre manière d'agir serait anti-scientifique, anti-clinique, et je suis persuadé que tous les dermatologistes, tous ceux qui ont l'expérience du lupus, seront de mon avis. Agir autrement serait faire preuve d'enthousiasme irréfléchi et ferait grand tort à la découverte de Koch. C'est d'ailleurs ce qu'a bien senti cet illustre savant.

« Tout ce qui résulte des inoculations faites jusqu'ici, c'est que le traitement de Koch agit sur le lupus, que sa lymphe a sur cette maladie une action élective et irritative extraordinaire.

« Cette action est-elle curative? Nous n'en savons rien encore

« Actuellement nous devons nous poser les questions suivantes, que seules les années pourront permettre de résoudre :

« 1° Le traitement de Koch guérit-il le lupus? Le guérit-il toujours?

« 2° En combien de temps le guérit-il?

« 3° Combien d'injections faut-il? Ces injections sont-elles sans danger pour le sujet, surtout quand elles sont répétées?

« 4° Quel est l'état de la cicatrice obtenue par ce traitement?

« 5° Quelle est la fréquence des récidives? Car, quand la

1. Haslund. — *Sem. méd.*, 3 déc. 1890, p. 440.

guérison définitive sera obtenue, il faudra, avant d'affirmer la guérison, attendre un laps de temps plus ou moins long, afin d'être certain que la récidive, si fréquente dans l'évolution du lupus, ne se produira pas.

« Ces différents points devront être établis par des statistiques sérieuses de nombreux cas traités. Alors seulement nous serons fixés sur la valeur de ce traitement. Et s'il guérit réellement le lupus, nous aurons à comparer sa valeur curative à celle des méthodes employées jusqu'ici et qui ne sont pas sans avoir guéri de nombreux lupus. Ces méthodes, je les ai exposées dans mes cliniques de l'hôpital Saint-Sauveur. Elles présentent sur le traitement de Koch un avantage, c'est qu'elles sont sans danger pour la vie du malade. Le traitement local du lupus bien employé, surtout le traitement mixte, est absolument sans danger. En est-il de même du traitement de Koch? Nous le saurons un jour, mais dans quelques années. — D'autre part, bien appliqué et employé avec assez d'énergie et de surveillance, le traitement local du lupus et surtout le traitement mixte donnent en un temps relativement court de très beaux résultats.

« Quoi qu'il en soit, que le traitement de Koch ne guérisse pas le lupus, ou qu'il doive être rangé ultérieurement parmi les moyens thérapeutiques les plus puissants dirigés contre cette affection (car je ne pense pas qu'il puisse jamais arriver à détrôner complètement les méthodes employées jusqu'ici, comme Koch l'a si justement et si scientifiquement fait remarquer dans sa sage communication sur le traitement de la tuberculose en général), il n'en reste pas moins acquis que l'action élective spéciale, inflammatoire, que cet agent exerce sur cette affection est des plus remarquables et peut dans certains cas (si cette action élective est constante, ce que l'avenir nous montrera), être utile au point de vue diagnostic.

« Enfin nous pouvons espérer que la méthode de Koch sera rangée un jour parmi les méthodes les plus actives du traitement du lupus.

« Les considérations précédentes sont entièrement appli-

cables à la valeur comparée de la méthode de Koch et des méthodes locales en usage dans nos services dermatologiques pour le traitement des gommes scrofulo-tuberculeuses de la peau.

« Veuillez agréer, cher maître, mes sentiments de respectueuse affection.

« Professeur H. Leloir.

« Lille, 4 décembre 1890. »

Comme l'ont montré les recherches sur l'action de la lymphe de Koch faites à Paris, à Lyon, à Lille, à Vienne, à Londres, à Copenhague, etc., à Bonn, et enfin à Berlin, j'ai bien fait d'attendre.

Actuellement, l'on peut appliquer à la lymphe de Koch ce que nous avons dit à propos de l'érysipèle et des érysipélatoïdes. L'injection sous-cutanée de tuberculine de Koch produit au bout de quelques heures une action locale au niveau du foyer scrofulo-tuberculeux, action excessivement remarquable au point de vue expérimental. Le résultat de cette action, comme l'ont bien montré Vidal, Besnier, Hallopeau, Thibierge, etc., est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée du processus tuberculeux tégumentaire et est surtout accentué dans le lupus exedens.

« Dans aucun cas, dit Besnier, elle n'est suffisante pour produire une guérison véritable; le résultat obtenu est toujours inférieur à celui que donnent les procédés de traitement dont on dispose actuellement, et, dans quelques cas, la prolifération tuberculeuse, loin d'être réduite, subit au contraire un accroissement manifeste. »

Malheureusement, dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même après la première injection peut causer la mort[1].

1. Jaurisch. — *Wien. klin. Wochenschrift*, 1890.

Elle expose les malades à des accidents graves du côté du cerveau, du cœur, des reins, etc. Elle peut mettre en jeu des foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu demeurer latents si l'injection n'avait pas été pratiquée. Elle altère souvent et pendant longtemps la santé générale du sujet, déterminant une anémie spéciale avec asthénie, troubles digestifs et nutritifs assez comparables à ceux que l'on observe à la suite d'une grippe grave.

Aussi E. Besnier n'hésite-t-il pas à écrire en 1891 : « Après avoir soumis la méthode de Koch à une expérimentation méthodique et dépourvue de tout parti pris, de toute idée préconçue, nous avons renoncé à son emploi à cause de son insuffisance et de ses dangers. »

D. — *Traitement par la cantharidine.* — Il y a environ quatre ans, Liebreicht proposa une nouvelle méthode de traitement du lupus par la cantharidine. Cette méthode, employée également par lui pour la tuberculose pulmonaire, est tombée en désuétude depuis longtemps. Elle n'a jusqu'ici, en ce qui concerne le lupus, donné aucun résultat favorable.

Comme l'a montré Köbner[1], jusqu'ici Liebreicht n'a obtenu aucun cas de guérison par l'emploi de la cantharidine.

En revanche, l'introduction de la cantharidine dans l'économie n'a pas été sans produire dans bon nombre de cas des accidents graves, comme on pouvait le prévoir d'ailleurs.

IV

Traitement local.

Le véritable traitement du lupus est le traitement local. Celui-ci tend à se perfectionner de plus en plus et à prendre de jour en jour une place plus importante dans le traitement de la scrofulo-tuberculose tégumentaire. Il n'en était pas de même vers le milieu de ce siècle, époque à laquelle le trai-

1. Köbner. — *Berliner klin. Wochensch.*, 1895.

tement presque exclusivement employé alors était le traitement interne.

Ce traitement, que les dermatologistes des différentes écoles n'ont cessé de perfectionner dans ces derniers temps, varie naturellement suivant la forme, la variété, le siège, la localisation, etc., etc. de la scrofulo-tuberculose tégumentaire (lupus); suivant l'âge du sujet, son état de santé générale, les complications de cette scrofulo-tuberculose tégumentaire; suivant l'énergie du malade, le désir qu'il a de guérir rapidement et de sacrifier parfois une esthétique douteuse à la rapidité et à la solidité de sa guérison.

Nous verrons qu'il existe des raisons de préférer telle méthode à telle autre, mais qu'il n'y en a aucune pour adopter exclusivement l'une à l'exception de toutes les autres, comme le fait observer excellemment Besnier.

Le traitement local se divise en :

1° *Traitement chirurgical proprement dit;*

2° *Traitement local médicamenteux;*

3° *Traitement mixte,* c'est-à-dire à la fois chirurgical et médicamenteux, soit que le traitement médicamenteux précède le traitement chirurgical, soit qu'il lui succède, soit enfin que ces deux modes de traitement soient employés d'une façon plus ou moins simultanée. Disons de suite que c'est au traitement mixte que je donne de beaucoup la préférence dans la majorité des cas.

La plupart des méthodes que je conseille d'employer dans le traitement local du lupus sont très douloureuses, et la durée de l'opération est souvent assez longue. Aussi dois-je dire quelques mots de l'*anesthésie* préalable. D'une façon générale, quand j'emploie la curette, le scarificateur, le thermo ou le galvano-cautère, je préfère m'attaquer à des tissus dont l'aspect et la consistance ne sont en aucune façon modifiés par les agents déterminant l'anesthésie locale par congélation.

C'est pourquoi, sauf dans certains cas particuliers (lupus des membres ou du tronc), j'ai abandonné complètement

depuis plusieurs années l'usage de la glace, des pulvérisations à l'éther, du chlorure de méthyle (stypage). C'est pourquoi je me borne (après avoir, si c'est nécessaire, fait tomber les squames et les croûtes, au moyen de *cataplasmes*, de *pulvérisations*, très souvent au moyen de *vaseline bichlorurée* ou *boriquée*), à essayer d'obtenir un certain degré d'anesthésie locale au moyen d'une solution de *cocaïne* appliquée au pinceau ou au moyen de tampons, en prenant les plus grandes précautions pour éviter toute intoxication.

J'emploie d'ordinaire l'une des solutions suivantes; soit :

℞	Chlorhydrate de cocaïne	1 gramme.
	Eau distillée de laurier-cerise	20 —

Dissolvez.

soit :

℞	Chlorhydrate de cocaïne.	2 grammes.
	Acide phénique	0gr,50
	Eau distillée de laurier-cerise.	20 grammes.

Dissolvez.

D'ailleurs, le plus souvent, mes malades, même les enfants, se soumettent assez facilement à l'opération que je leur fais subir, pour qu'il ne soit pas nécessaire d'aider cette ébauche d'anesthésie locale par les bras de mes aides. Dans les cas de lupus étendus, ou à placards multiples, que je dois opérer le même jour, ou d'un siège rendant l'opération délicate, ou enfin chez les sujets par trop pusillanimes, je n'hésite pas à pratiquer la *chloroformisation*. En effet, c'est au raclage que, en général, je donne la préférence (raclage suivi d'applications caustiques), et je trouve qu'il y a tout avantage pour le malade à détruire d'un seul coup, le même jour, le placard auquel on s'attaque.

A. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

Celui-ci se décompose lui-même en cinq méthodes principales :

1° Ablation du lupus ;
2° Raclage ;
3° Scarifications ;
4° Cautérisations ignées ;
5° Électrolyse.

1° Ablation du lupus.

Un certain nombre de chirurgiens ont eu l'idée d'extirper au bistouri toute la région envahie par le lupus. Il est arrivé parfois que des opérateurs, tout en dépassant en surface et en profondeur les limites de l'infiltrat, n'ont pu se prémunir contre la repullulation et la récidive, comme j'en ai vu des exemples, et comme Aubert de Lyon l'a montré en 1883[1].

2° Raclage.

C'est à cette méthode que je donne de beaucoup la préférence à condition qu'elle soit bien pratiquée. Mais j'ajoute que je n'emploie jamais à lui seul le procédé de Volkmann et que je le fais toujours suivre de l'application de médicaments caustiques, comme nous le verrons tout à l'heure en décrivant ma méthode de traitement mixte.

3° Scarifications.

Celles-ci, employées d'abord par Balmano-Squire consécutivement au raclage, furent surtout vulgarisées par E. Vidal, qui en modifia complètement la technique et peut être considéré comme le véritable créateur du traitement du lupus par la seule méthode des scarifications sanglantes, telle qu'il l'a formulée.

1. AUBERT. — *Annales de dermatologie*, 1883, p. 126.

Je n'ai pas à insister longuement sur la technique de cette méthode qui a été admirablement exposée par E. Vidal dans une série de travaux des plus importants. Elle donne de bons résultats, surtout lorsqu'on l'emploie dans le traitement des lupus vorax, dont, en quelques séances elle peut arrêter l'extension.

Mais nous ne devons pas oublier que, pour arriver à guérir par la méthode des scarifications de E. Vidal et Balmano-Squire un placard lupeux, il faut de très nombreuses séances de scarifications. Or, chacune de ces séances est en somme douloureuse, elle détermine un écoulement de sang assez abondant, et, bien que la cicatrisation des entailles de scarification se fasse rapidement (en cinq ou six jours environ), j'ai constaté que l'effusion du sang, la douleur, faisaient abandonner cette méthode par beaucoup de malades, surtout par les malades de l'hôpital.

D'ailleurs, et c'est là le principal reproche qu'on doive lui faire, elle n'agit pas assez vite, et l'on peut, en un espace de temps beaucoup plus court, obtenir une guérison beaucoup plus complète du placard lupeux par ma méthode mixte.

Enfin, elle ne met pas plus à l'abri des récidives que les autres méthodes, et il me semble même qu'elle met moins à l'abri des récidives que la méthode mixte bien employée.

4° Cautérisations.

A. — *Cautérisation en masse.* — La cautérisation en masse au moyen du fer rouge ou du thermo-cautère peut être employée dans certains cas pour enlever le plus gros de certaines formes de lupus saillants et hypertrophiques.

D'une façon générale, je n'emploie guère ce procédé, bien que ce soit une méthode préférée par de savants et habiles dermatologistes lyonnais : Aubert, Horand, Cordier, etc. En tous cas, je le repousse absolument pour le lupus de la face, où il produit des délabrements trop considérables, et ne l'emploie guère que dans certains cas de lupus siégeant en

dehors de la face. Dans quelques cas, j'emploie la cautérisation, conjointement avec la curette, en commençant par la cautérisation, puis enlevant par le raclage les tissus carbonisés, puis cautérisant de nouveau lorsque l'écoulement sanguin recommence.

B. —*Cautérisations interstitielles fragmentées.* — La cautérisation interstitielle fragmentée au moyen des pointes fines et coniques du thermo-cautère, ou au moyen de l'excellent galvano-cautère de E. Besnier, constitue une méthode très recommandable.

Avec les pointes fines du thermo-cautère, avec les ingénieuses pointes du galvano-cautère de Besnier, l'on peut arriver, comme l'a démontré souvent ce savant dermatologiste, à obtenir de bonnes guérisons avec cicatrices souples et lisses. Toutefois j'ai constaté dans un grand nombre de cas, soit dans mon service, soit dans d'autres services, que les cicatrices obtenues consécutivement à l'emploi des cautérisations fragmentées, ponctuées ou linéaires, pouvaient devenir saillantes et à tendance chéloïdienne.

Pour éviter cet inconvénient, il est bon, dans certains cas, comme l'a recommandé Brocq, de faire alterner les galvano-cautérisations interstitielles fragmentées avec les scarifications linéaires.

Le galvano-cautère de Besnier constitue évidemment l'instrument le plus perfectionné. En outre, les cautérisations au galvano-cautère présentent le grand avantage de pouvoir agir sur plusieurs points au moyen des griffes et de ne pas produire autant d'irradiation de calorique que les pointes fines du thermo-cautère.

Malgré cela, le thermo-cautère constitue peut-être encore l'instrument le plus pratique et en tous cas le plus portatif pour l'immense majorité des médecins, et je suis arrivé avec les pointes fines du thermo-cautère à des résultats aussi bons qu'avec le galvano-cautère.

Cependant l'expérience m'a amené à limiter le traitement du lupus par le thermo-cautère ou les pointes fines du gal-

vano-cautère à certains cas particuliers. D'une façon générale, je rejette leur emploi dans le traitement du lupus à infiltration diffuse, fongueuse, congestive, hypertrophique. Dans ces cas, je préfère de beaucoup détruire mon lupome par la curette et les applications ultérieures d'agents caustiques (traitement mixte). Les pointes fines du galvano-cautère sont également d'un emploi presque impraticable, par suite de la longueur du traitement, lorsqu'on a affaire à de très vastes placards lupeux.

Par contre, la pointe fine du thermo-cautère et surtout les pointes fines, longues et isolées du galvano-cautère de Besnier, sont fréquemment employées dans ma clinique, lorsque je veux détruire des tubercules lupeux d'un volume restreint, isolés, entourés d'un tissu dense ou sclérosé sur lequel la curette mord avec difficulté.

J'ai recours d'une façon constante à ce procédé pour attaquer ou détruire les récidives de lupus se faisant dans les cicatrices sous forme de tubercules miliaires isolés. Dans ce dernier cas, il n'est pas de méthode qui puisse rendre de meilleurs services que la destruction au moyen de la pointe longue unique du galvano-cautère de Besnier.

5° Électrolyse.

Malgré les résultats signalés par Gartner, Lutsgarten, Hardaway, etc., le traitement du lupus par l'électrolyse ne peut guère être appliqué qu'à des infiltrats lupeux excessivement limités. Pour ma part, cette méthode ne m'a jamais donné des résultats satisfaisants dans le traitement du lupus, et j'ai dû l'abandonner complètement.

Elle m'a été cependant utile dans un cas de lupus très limité de la conjonctive palpébrale et bulbaire. Elle m'a été d'un réel secours dans l'amélioration des cicatrices consécutives à la guérison du lupus.

B. — TRAITEMENT LOCAL MÉDICAMENTEUX

1° Traitement local médicamenteux agissant sans amener la nécrose ulcéreuse du lupome.

D'une façon générale, ce traitement a pour base les préparations *saturnines*, *mercurielles*, *iodées*, les solutions de *perchlorure de fer*, de *soude*, de *potasse*, etc., la *résorcine*, l'*ichthyol*, l'*iodoforme*, les solutions ou pommades étendues à l'*acide chrysophanique*, *pyrogallique*, *salicylique*, l'*emplâtre de Vigo* cum *Hg*, l'*emplâtre rouge au cinabre* et au *minium* de E. Vidal, etc.

Aucun de ces traitements ne donne de résultats satisfaisants. Ils déterminent une très légère irritation, en même temps qu'une sorte de macération locale. Mais, employés à des doses non caustiques, ils ne guérissent pas, et ne peuvent (quand ils les produisent) que déterminer des améliorations très éphémères.

Je dois faire exception toutefois pour les solutions de *bichlorure de mercure* qui, appliquées en compresses fréquemment renouvelées, pourraient, d'après Doutrelepont, amener la guérison du lupus. Ce traitement employé seul ne m'a jamais donné de guérisons complètes. En revanche, le bichlorure de mercure est un adjuvant utile dans le traitement du lupus attaqué par les cautérisations, la curette, et surtout par la méthode mixte.

Il faut toutefois faire un prudent usage des préparations mercurielles, surtout quand on les applique sur des surfaces lupiques étendues, car elles peuvent être l'origine de stomatites mercurielles graves.

Dans quelques cas, l'*ichthyol*, employé pur ou conjointement avec l'*acide salicylique* en pommade à dose concentrée, a amené entre mes mains la guérison complète du lupus; mais ces cas sont tellement exceptionnels que je n'oserais recommander l'ichthyol que comme un adjuvant utile du traitement de certaines variétés de lupus.

Brooke de Manchester a indiqué le traitement suivant :

℞ Hydrargyri oléatis 2 1/2 à 5 p. 100. . . .	30 grammes.
Acidi salicylici.	0gr,20 à 1 gr.
Ichthyolis.	0gr,5
Ol. lavandulæ vel citronellæ	Q. s.

Dissolvez.

Masser la partie atteinte dix minutes, matin et soir. Enduire la partie malade d'une couche de cette solution, puis poudrer avec une poudre inerte (talc).

De même que les traitements médicamenteux précédents, ce traitement semble dans certains cas entraver l'évolution du lupome; mais, pas plus que les précédents, il n'a donné de guérison absolue. Cependant il m'a été utile dans la thérapeutique des éléphantiasis scrofulo-tuberculeux, employé en applications conjointement avec le massage et l'application de la bande élastique.

J'ai essayé d'appliquer au lupus la méthode conseillée par quelques chirurgiens viennois dans le traitement des arthrites tuberculeuses et des autres tuberculoses locales. J'ai appliqué à la surface des ulcères lupeux et des gommes scrofulo-tuberculeuses ulcérées des compresses imbibées de la solution suivante :

℞ Acide phosphorique	20 grammes.
Phosphate de chaux	40 —
Eau distillée.	300 —

Dissolvez.

Ces compresses étaient renouvelées de trois à six fois par jour et recouvertes de gutta-percha laminée.

Ce traitement ne m'a semblé agir que d'une façon très problématique sur le lupus.

2° Traitement local médicamenteux amenant la destruction du lupome par ulcération de celui-ci.

A. — *Injections interstitielles.* — L'idée d'introduire dans le lupome des agents capables de le détruire, et j'ajouterai de le

stériliser d'une façon quelconque, est très séduisante au premier abord, et des essais de ce genre ont, depuis Dubini de Milan, été tentés par Ernest Veiel, Lailler, Besnier, Auspitz, Campana, et surtout par Édouard Schiff, qui a proposé d'introduire de la *glycérine iodée* au vingtième dans les tissus lupeux au moyen d'une aiguille à injection hypodermique.

J'ai, pour ma part, essayé de guérir le lupus, en injectant dans les lupomes différentes substances et en particulier des solutions de *bichlorure de mercure*, des solutions *iodées*, des solutions d'*acide pyrogallique*, d'*ichthyol*, des préparations renfermant de l'*iodoforme*, etc. Jusqu'ici, pas plus que les auteurs précités, je n'ai obtenu de résultats assez satisfaisants pour que j'ose me permettre de conseiller la vulgarisation de cette méthode. Ces insuccès dépendent, à mon avis, de ce que les agents injectés ne diffusent pas suffisamment pour détruire le néoplasme lupeux, et que souvent, au contraire, ils portent leur action destructive non pas tant sur le lupome que sur les tissus ambiants.

Wyns de Valenciennes m'ayant dit avoir guéri un lupus tuberculeux en injectant à la périphérie des nodules lupeux du *carbonate de plomb* en suspension dans l'*huile de vaseline*, dans la proportion de un trentième, j'ai essayé ce traitement chez quelques lupeux de mon service.

J'ai ainsi obtenu, dans quelques cas, une sorte d'atrophie, de tendance à la régression et à la sclérose d'un certain nombre de nodules lupeux.

Cette méthode est très lente, n'agit que d'une façon très limitée, et demande en tout cas des recherches nouvelles.

Quant aux injections interstitielles d'une solution de *chlorure de zinc* au dixième, indiquées par Lannelongue dans le traitement de la tuberculose articulaire, elles ne m'ont pas jusqu'ici donné les résultats que j'espérais dans le traitement du lupus.

B. — *Applicata médicamenteux amenant la destruction par ulcération du lupome.* — Cette méthode, qui a été fort en honneur il y a un certain nombre d'années, a été abandonnée en

partie pour les méthodes chirurgicales nouvelles (raclages, scarifications, cautérisations ignées ou galvaniques). La réaction a été certainement exagérée. Mais elle me paraît surtout tenir à ce que les caustiques médicamenteux ont souvent été employés d'une façon imparfaite, principalement à ce qu'on n'a pas suffisamment vu les excellents résultats qu'ils peuvent donner, lorsqu'on combine sagement leur usage avec les méthodes chirurgicales, en particulier avec le raclage.

Les médicaments auxquels on a eu recours en les employant, soit sous forme de pommades ou d'emplâtres, sont innombrables.

C'est ainsi que l'on a employé et que l'on emploie encore les *caustiques arsenicaux* (pâtes du frère Côme ou de Rousselot, pâte arsenicale de Hebra), le *chlorure de zinc*, la *potasse caustique*, l'*acide phénique, acétique, chlorhydrique, chromique, lactique, chrysophanique, pyrogallique*, la *créosote*, l'*huile d'aniline*, la *résorcine*, le *baume du Pérou*, le *permanganate de potasse*, le *perchlorure de fer*, l'*huile de noix d'acajou*, les *sels de mercure*, les *iodures mercuriels*, l'*iodure de soufre*, le *nitrate d'argent*, la *teinture d'iode*, etc. J'ai dû abandonner successivement une bonne partie de ces différents traitements, soit que leur action m'ait paru insuffisante ou par trop précaire, soit, au contraire, que, comme la potasse caustique, elle m'ait donné des cicatrices de mauvais aspect et souvent chéloïdiennes; soit enfin que, comme les sels arsenicaux, elle ait donné lieu à des phénomènes d'intoxication.

J'avais espéré obtenir de bons résultats en appliquant à la surface des foyers lupeux décapés des solutions ou des pommades à l'*homopyrocatéchine*, substance tirée de la suie de bois, qui m'avait donné d'assez bons résultats dans le traitement de la pelade, en particulier; mais en ce qui concerne le lupus vulgaire, les effets obtenus ne sont pas encore assez probants pour que je puisse me prononcer sur la valeur de ce médicament.

Par contre, l'*acide salicylique* me paraît devoir être conservé, non pas que j'aie jamais vu, contrairement à l'opi-

nion de Unna, l'acide salicylique amener jamais à lui seul la guérison du lupus.

L'acide salicylique est un excellent agent, mais qui agit surtout en mettant à nu les lupomes. Ce décapage devra toujours être institué dès le début du traitement. Nous y reviendrons à propos du traitement mixte.

Mais après ce décapage, si l'on veut obtenir une guérison stable, il faut employer des agents plus puissants, parmi lesquels je range, en première ligne, l'*acide lactique*, heureusement introduit dans la thérapeutique par Doyen de Reims; les pommades à l'*iodhydrargyrate de potasse*, dont la grande utilité a été si bien démontrée par mon maître Lailler, et que l'on s'étonne de voir actuellement mises hors d'usage; l'*acide pyrogallique*, dont l'emploi, conseillé par Jahrisch, puis par Schwimmer, dans le traitement du lupus, donne des résultats assez satisfaisants.

Le *chlorure de zinc*, que Lailler employait depuis si longtemps avec le plus grand succès dans le traitement des fistules consécutives aux gommes scrofulo-tuberculeuses sous forme de *pâte de Canquoin*, appliqué à l'état déliquescent, agit d'une façon très énergique sur tous les infiltrats scrofulo-tuberculeux décapés; j'y ai souvent recours.

Le crayon de *nitrate d'argent*, justement préconisé par Kaposi, est réellement abandonné d'une façon inconsidérée depuis un certain temps.

Enfin, nous avons, mais en dernière ligne et surtout comme adjuvants, d'un emploi difficile à cause des stomatites qu'ils peuvent déterminer, les sels de mercure, et en particulier le *bichlorure* et le *bi-iodure de mercure*.

La *résorcine* incorporée à parties égales de vaseline (Bertarelli Ambrogio) doit être considérée comme un adjuvant utile, mais seulement lorsque tout le néoplasme lupique paraît détruit depuis quelques jours après l'application des premiers agents caustiques et destructifs.

Je lui préfère cependant de beaucoup la *résorcine camphrée*, le *naphtol camphré*, l'*éther iodoformé*.

Je ne puis entrer dans les détails d'application de ces différents médicaments dont les doses et le mode d'emploi varient beaucoup suivant les cas. Il n'y a pas un traitement du lupus, il y a les traitements des lupeux, ces traitements variant avec chaque malade et chez chaque malade. Mais je dois insister sur ce fait que la plupart des médicaments destructifs précédents n'agissent d'une façon efficace que lorsque l'épiderme a été décapé, que lorsque le foyer lupeux a été mis à nu.

Je vais plus loin : je dis que, pour qu'on puisse les employer d'une façon raisonnée, pour que l'on puisse en retirer les résultats maxima au point de vue de la destruction des lupomes et les effets les meilleurs au point de vue de l'obtention d'une cicatrice parfaite, il faut que le gros du tissu pathologique lupeux ait été enlevé, il faut que l'on puisse se rendre approximativement compte de ce qui reste des foyers lupeux dans les anfractuosités, dans les cavernes de la peau, pour pouvoir adapter et proportionner l'application des médicaments caustiques à l'état de la peau, lorsqu'on aura enlevé le gros du néoplasme.

C'est pourquoi je repousse d'une façon absolue l'emploi unique et immédiat des caustiques non précédé d'une opération enlevant le plus de tissu pathologique possible. C'est pourquoi aussi le décapage, qu'il soit fait avec l'acide salicylique ou autrement, me paraît insuffisant pour pouvoir autoriser l'application immédiatement consécutive des caustiques. Ce sont les considérations précédentes qui m'ont fait adopter la méthode mixte que je vais maintenant étudier.

V

Traitement mixte.

Le traitement mixte constitue pour moi la base du traitement du lupus vulgaire. Voici la méthode que j'emploie et que je me permets d'exposer en détail; car depuis de longues

années elle m'a donné les meilleurs résultats, et si je ne craignais pas d'être taxé de personnalité, je dirais que je la trouve supérieure à toutes les autres méthodes.

C'est avec la plus grande satisfaction que j'ai entendu hautement vanter les résultats de mon traitement mixte (traitement que je n'avais osé appliquer au début sans une certaine appréhension) par les nombreux médecins français et étrangers qui m'ont fait l'honneur de visiter ma clinique de l'hôpital Saint-Sauveur, par mes élèves, par mes malades, tant dans ma clinique hospitalière que dans ma pratique privée.

Aussi n'est-ce qu'après avoir suivi pendant dix ans les effets de ce traitement, employé par moi au début, je l'avoue hautement, avec une certaine hésitation, que je me suis décidé à en publier les résultats et la méthode générale, résultats et méthodes qui depuis 1884 avaient fait l'objet de mes cliniques à l'hôpital Saint-Sauveur[1].

En 1891, j'ai présenté au Congrès de la tuberculose un album renfermant un grand nombre de photographies représentant les résultats obtenus par ce traitement (photographies avant le traitement, photographies après le traitement) dans environ 150 cas de lupus vulgaire.

Les nombreux médecins qui ont feuilleté cet album ont reconnu l'excellence des résultats obtenus, tant au point de vue de la guérison rapide et solide qu'au point de vue de la beauté de la cicatrice.

Actuellement j'ai, depuis dix ans, traité par ma méthode mixte plus de 250 cas de lupus. J'ajoute que ce traitement, pour donner tout ce qu'il peut et doit donner, c'est-à-dire pour procurer des résultats rapides et sûrs, doit être appliqué d'une façon énergique et méthodique. Pour savoir l'appliquer, il faut avoir suivi plusieurs malades pendant toute la durée du traitement. Un traitement par à peu près donnera fatalement des résultats incomplets. Nous pouvons à cette

1. Leloir. — *Bullet. méd.*, 1891, et *Journ. des malad. cutanées et syphilitiques*, 1891.

méthode appliquer la phrase si juste de Besnier et Doyon : « Le médecin qui veut apprendre à traiter le lupus doit visiter assidûment tous les services où on le traite, non pas, comme cela se fait trop souvent, en passant ou en venant voir seulement opérer, mais en interrogeant les malades, en recueillant leurs observations et leurs souvenirs, et ne jugeant jamais par la parole du maître, ni par la phrase du livre. »

Il est bien entendu qu'il est loin de mon esprit de considérer cette méthode comme parfaite. Je pense au contraire que son grand avantage est de ne pas être exclusive et de permettre des perfectionnements constants. Mais, ce à quoi j'attache la plus grande importance, c'est à l'idée générale qu'elle renferme et qui m'a toujours guidé dans les nombreux et incessants essais que j'ai entrepris pour perfectionner la thérapeutique du lupus.

J'ai signalé plus haut une partie des raisons qui m'ont fait adopter cette méthode. Une de celles auxquelles j'attache le plus d'importance, c'est que ce mode de traitement me semble être de beaucoup le plus rapide; j'ajoute qu'il ne présente aucun danger. Or, il n'est pas indifférent d'aller vite, lorsqu'on traite un lupus. D'une part, plus l'on va vite et plus l'on diminue les chances d'infection partant du foyer lupeux.

D'autre part, dans la pratique hospitalière surtout, il est important d'éviter à notre brave population ouvrière un traitement long et fastidieux; il en est d'ailleurs de même dans la pratique privée.

Que l'on ne m'objecte pas qu'avec ce traitement énergique je suis pour la pratique hospitalière obligé d'hospitaliser les malades. Je pense que les lupeux doivent être hospitalisés autant que possible pendant les 15 premiers jours du traitement. Il faut les voir tous les jours; il faut que les pansements soient faits par des mains exercées.

C'est le seul moyen d'obtenir une guérison stable et une belle cicatrice. D'ailleurs, si les malades ne peuvent ou ne veulent entrer à l'hôpital, on peut les faire venir tous les

jours à la policlinique hospitalière. Pour la pratique privée, je suis d'avis qu'avec cette méthode mixte énergique, les malades doivent être également vus tous les jours pendant les dix premiers jours, soit chez eux, soit dans le cabinet de consultation du médecin.

La seule objection que l'on puisse faire à cette méthode, c'est l'aspect de la cicatrice. Or, mes observations me démontrent que, lorsque ce traitement est bien employé, lorsque le processus de cicatrisation a été travaillé attentivement, l'on obtient des cicatrices des plus satisfaisantes au point de vue esthétique et au point de vue thérapeutique.

Seul le traitement du lupus par les scarifications produit en général des cicatrices plus belles, mais j'ai signalé plus haut les inconvénients de ce procédé. D'ailleurs, je combine souvent les scarifications avec ma méthode mixte pour améliorer les cicatrices; mais je les emploie d'ordinaire, je le répète, non pas au début pour amener la guérison du lupus, mais plus tardivement pour parfaire la cicatrice.

En somme, ma première préoccupation est d'abréger le plus possible la durée du traitement et de mettre le malade, le plus sûrement possible, à l'abri de ces repullulations si fréquentes à la suite de traitements moins énergiques.

La plupart des malades réclament avant tout une guérison prompte et radicale et en deuxième ligne une cicatrice plane, souple et d'aspect irréprochable.

Cette méthode mixte, plus rapidement et plus sûrement que toute autre, leur donnera ce qu'ils réclament en première ligne, à savoir la rapidité et la solidité de la guérison; et, bien dirigée, elle leur donnera une cicatrice tout aussi belle que celle que l'on aurait pu obtenir à la suite de la cautérisation fragmentée du lupus au moyen du thermo-cautère ou du galvano-cautère.

Comme le disait tout récemment Dubois-Havenith, « il vaut mieux une cicatrice qu'une guérison que l'on promet toujours et qui ne vient jamais ».

J'ai vu avec plaisir Dubois-Havenith, auquel j'avais

démontré en 1887 dans mon service ma nouvelle méthode de traitement[1], adopter ultérieurement une méthode semblable dans son travail sur le lupus.

C'est également avec plaisir, que j'ai vu en 1894 une méthode analogue adoptée dans le service de Tenneson à l'hôpital Saint-Louis.

Voici comme je procède habituellement :

Lorsque j'ai affaire à un lupus recouvert de croûtes, je fais tomber celles-ci au moyen de *cataplasmes*, *pulvérisations* et *lotions antiseptiques*, ou tout simplement d'onctions avec la *vaseline boriquée* ou *bichlorurée*. Si j'ai affaire à un lupus *non exedens* à tubercules confluents, j'ai souvent pour habitude de décaper le placard lupeux en appliquant à sa surface une *pâte* ou un *emplâtre salicylé* forts.

L'*emplâtre salicylé et créosoté* de Unna et Beiersdorf constitue une bonne préparation salicylée de décapage que j'emploie fréquemment. Je me sers souvent aussi des préparations suivantes :

℞ Cire blanche.		
Beurre de cacao	ââ. . .	30 parties.

Faites fondre et ajoutez à la masse quand elle est refroidie :

Créosote de hêtre		
Acide salicylique	ââ. . .	30 parties.

M. s. a.

ou encore :

℞ Résine de Dammar blanche.		
Cire blanche.	ââ. . .	30 parties.

Faites fondre la masse ensemble et ajoutez quand elle est refroidie :

Créosote de hêtre	40 parties.
Acide salicylique	20 —

M. s. a.

ou encore :

℞ Acide salicylique porphyrisé	20 parties.
Oxyde de zinc.	10 —
Créosote de hêtre	30 —

Mêlez séparément dans une capsule.

1. Leloir. — Le traitement du lupus, *Bulletin médical*, 7 janvier 1891.

D'autre part, mêlez séparément dans une autre capsule :

Eau	30 parties.
Gélatine pure	10 —

et quand l'eau et la gélatine sont bien mélangées, ajoutez :

Glycérine	30 parties.

Puis chauffez au bain-marie à 45°, l'eau, la gélatine et la glycérine.

Videz ensuite dans un mortier et mélangez intimement le contenu des deux capsules précédentes dans le mortier légèrement chauffé.

ou encore :

℞	Emplâtre diachylon	20 parties.
	Acide salicylique porphyrisé	3 —
	Résorcine	2 —
	Créosote de hêtre	2 —
	Huile blanche	20 —

Délayez l'acide salicylique et la résorcine dans l'huile, et ajoutez le mélange à l'emplâtre fondu et presque froid.

Enfin incorporez la créosote et coulez aussitôt au sparadrapier.

En 24 heures, sous l'influence de ces agents, le décapage est suffisant.

Dans les deux cas, après avoir eu soin d'anesthésier autant que possible les parties malades avec une solution de *cocaïne*, après avoir même dans des cas exceptionnels *chloroformisé* mon malade, si c'est nécessaire, j'enlève avec une *curette* le plus de tissu lupeux que je puis, ayant soin de faire pratiquer par mes aides une hémostase soignée au moyen de tamponnets d'ouate hydrophile antiseptique[1]. J'ajoute que je détruis toujours en une seule séance le placard lupeux auquel je m'attaque et que je m'efforce, autant que faire se peut, si

1. Souvent je me borne tout simplement à décaper la surface du placard lupeux, avant de pratiquer le raclage à la curette, en cautérisant rapidement sa surface avec le couteau du thermo-cautère.

C'est là une excellente et rapide méthode que je ne saurais trop recommander et que, dans mon traitement mixte, je préfère souvent au décapage par applicata médicamenteux pour les raisons suivantes : facilité, rapidité plus grandes.

le malade est porteur de plusieurs placards lupeux, de détruire ceux-ci dans la même séance. Il m'arrive très souvent de cautériser au moyen du *thermo-cautère* les points les plus fongueux et les plus saignants. Je pratique ensuite une dernière et minutieuse séance de raclage avec une curette plus petite, essayant d'enlever tout ce que je peux du tissu lupeux restant enchâssé dans les anfractuosités de la peau. Puis, pour arrêter l'écoulement de sang, je fais appliquer sur la partie saignante des tamponnets d'ouate hydrophile imbibés d'*éther iodoformé*, si heureusement introduit en pratique chirurgicale par Verneuil.

Quand on attaque par le raclage un lupus scléreux, on est frappé de la difficulté avec laquelle la curette entame et enlève le tissu pathologique. Mais si l'on a soin, comme je le conseille, de galvano-cautériser préalablement une partie du lupus avec la pointe du galvano-cautère de Besnier ou la pointe fine du thermo-cautère (en général le contour du placard pour limiter le mal), suivant une largeur de 4 à 5 millimètres, on enlèvera alors facilement avec la curette non seulement les parties cautérisées, mais aussi une bonne partie du placard central. Il n'est pas toujours nécessaire, pour que le reste du lupus scléreux puisse être raclé facilement, que tout le placard lupeux ait été cautérisé.

Je tiens à insister particulièrement sur les points suivants : lorsqu'il s'agit d'un lupus infiltrant profondément le nez ou le pourtour d'un des orifices naturels de la tête, ou la peau de la face dorsale des doigts, des orteils, et même des mains et des pieds, je manie la curette et le thermo-cautère avec les plus grandes précautions, de façon à ne pas enlever toute la région atteinte (le nez par exemple) en quelques coups de curette, à ne pas amener des destructions irréparables.

Je préfère alors, me guidant sur une pratique variable suivant chaque cas particulier et basée sur le tact chirurgical et dermatologique, ne pas enlever brutalement tout l'infiltrat lupeux du premier coup avec la curette et en laisser une

partie, variable suivant les cas, que j'attaquerai lentement et progressivement dans deux ou trois séances, au moyen des caustiques ci-dessous, combinés avec un curettage modéré.

J'ajoute que dans ces cas, surtout au nez, l'on devra s'attacher autant que possible à détruire d'une façon symétrique l'infiltrat lupeux.

Il faudra en outre ne jamais oublier d'empêcher l'atrésie des narines en introduisant dans celles-ci des tampons d'ouate, pour les dilater pendant la période de cicatrisation. Dans de pareilles conditions, l'on arrive souvent à conserver, avec une forme presque parfaite, des nez ou autres régions qu'un curettage trop brutal, une cautérisation trop énergique auraient détruits presque en totalité.

Notons en terminant que, même avec cette application atténuée et retardée de mon traitement mixte, la guérison est encore souvent très rapide, très sûre et la cicatrice obtenue de bon aspect.

Le pansement consécutif varie beaucoup suivant les cas, suivant l'état d'infiltration des parties, suivant la variété du lupus, suivant la profondeur de l'infiltration, suivant la quantité de tissu lupeux que l'on croit encore exister dans la peau. Lorsque j'ai eu affaire à un lupus mou, fongueux, ou lorsque je crois avoir réussi à enlever par l'opération précédente presque tout le tissu lupeux, je me borne à panser deux fois par jour les plaies avec des compresses trempées dans la solution suivante :

℞ Bichlorure de mercure.	1 gramme.	
Alcool.	} ââ.	250 grammes
Glycérine		
Eau distillée	500	—

M. s. a.

Dans d'autres cas, je préfère l'emploi des pommades au *bichlorure de mercure* dont je varie les doses suivant les cas. Mais ces préparations au bichlorure présentent un grand inconvénient, lorsqu'elles sont appliquées sur des surfaces étendues principalement : la stomatite mercurielle.

D'autre part, j'ai presque renoncé aux préparations bichlorurées dans le traitement du lupus de la face, à cause de l'œdème intense des paupières qu'elles déterminent très souvent, surtout lorsque leur application n'a pas été faite d'une façon suffisamment soigneuse, au moyen de tampons d'ouate très minutieusement appliqués, et je réserve presque exclusivement leur emploi au lupus du tronc et des membres.

J'ajoute que, quel que soit le traitement du lupus que j'emploie, je fais précéder chaque pansement quotidien ou biquotidien d'une pulvérisation d'un quart d'heure de durée avec la solution de bichlorure de mercure dont j'ai donné plus haut la formule.

D'ailleurs, chez certains sujets, les préparations bichlorurées, même les pulvérisations faites avec la solution de bichlorure que j'indique plus haut, sont mal supportées et donnent lieu à des poussées eczématiformes pouvant, à leur tour, étant inoculées par les agents de la suppuration, produire des exulcérations nuisibles au traitement. Je les remplace alors par des pulvérisations faites avec une solution *boriquée* forte.

Dans la plupart des cas, lorsque après mon opération je veux encore obtenir une cautérisation énergique, croyant ne pas avoir suffisamment détruit le lupome, et c'est là la règle ordinaire, je préfère l'emploi des pommades à l'*iodhydrargyrate de potasse* et surtout de l'*acide lactique*. Mais l'application de ces deux agents, qui donnent les meilleurs résultats lorsqu'ils sont bien employés, doit être l'objet d'une surveillance attentive.

Seul le médecin traitant, seul un dermatologiste expérimenté devront en faire usage, car le moindre défaut technique pourrait avoir pour conséquence la production d'eschares profondes, la destruction des tissus sains ambiants. Voici comment je procède en général.

Si j'emploie la pommade à l'iodhydrargyrate de potasse, je couvre les points que je veux cautériser de petites plaques fines d'ouate enduites d'une pommade à l'iodhydrargyrate

dont la dose varie suivant les cas. Je fais renouveler le pansement deux fois par jour pendant deux, trois, quatre et même cinq jours.

Si au contraire, et c'est le cas ordinaire, j'emploie l'acide lactique, j'applique également sur les parties que je veux cautériser des plaques très fines d'ouate hydrophile imbibées de :

℞ Glycérine. . . . . 6 grammes.
Acide lactique. . . . . 4 —

M. s. a.

et je laisse ce pansement en place pendant deux à sept heures par jour suivant les cas. Le pansement est ainsi renouvelé pendant un, deux à trois jours, suivant les cas. Je panse la plaie dans l'intervalle des pansements avec des tamponnets d'ouate hydrophile imbibés de :

℞ Naphtol. . . . . } ää parties égales.
Camphre . . . . . }

M. s. a.

ou de :

℞ Résorcine. . . . . 1 gramme.
Camphre . . . . . 2 —

M. s. a.

Chaque pansement est précédé d'une *pulvérisation* à la solution de *bichlorure de mercure*, d'un nettoyage soigné de la plaie au moyen de tampons d'ouate imbibés de cette solution, et d'un attouchement du fond et des bords de la plaie avec un pinceau imbibé d'*éther iodoformé*. Je recommande d'enlever et de désinfecter avec le plus grand soin l'épiderme macéré qui entoure les bords de la plaie.

Dans certains cas, je remplace l'iodhydrargyrate de potasse et l'acide lactique par des cautérisations faites au moyen d'un pinceau trempé dans le *chlorure de zinc* déliquescent ou par

l'application d'une pommade à l'*acide pyrogallique* ainsi formulée :

℞ Acide pyrogallique.	1 ou 2	grammes.
Talc	1 ou 2	—
Vaseline	20	—

M. s. a.

Dans la thérapeutique des scrofulo-tuberculoses cutanées, je suis souvent encore plus sévère au point de vue de la cautérisation des plaies consécutives à ma méthode habituelle. J'ai pour habitude de cautériser plusieurs fois toute la plaie, même bourgeonnante, au moyen d'un pinceau trempé dans le *chlorure de zinc*. Je réprime ainsi le bourgeonnement et la cicatrisation trop hâtive de la plaie. Je détruis ainsi les cellules de nouvelle formation qui peuvent peut-être encore renfermer des bacilles ayant échappé à une première opération, produisant ainsi de nouvelles cellules devant absorber à leur tour les quelques bacilles qui auraient pu rester, et ainsi de suite.

En un mot, par ces cautérisations successives, j'estime que je stérilise de plus en plus la plaie, en amenant la formation de cellules de moins en moins entachées de virus scrofulo-tuberculeux.

Après avoir appliqué les agents précédents pendant un ou plusieurs jours suivant les cas, je panse la plaie avec des tampons d'ouate imbibés de *naphtol camphré* ou de *résorcine camphrée* (je préfère d'ordinaire la résorcine camphrée), qui agissent d'une façon très heureuse sur les phénomènes suppuratifs qui se produisent toujours à cette époque. Ces pansements sont renouvelés deux fois par jour. On les continue pendant une période de deux à quatre jours. Chaque pansement est précédé d'une pulvérisation d'environ un quart d'heure avec la solution de bichlorure de mercure ou d'acide borique et d'un attouchement avec la solution d'éther iodoformé. Si je le crois nécessaire, je n'hésite pas à toucher parfois le bord des plaies avec un petit pinceau de charpie ou d'ouate trempé dans le chlorure de zinc déliquescent.

L'on enlève toujours avec le plus grand soin, ce que l'on doit faire pendant toute la durée du traitement (ceci pour ne plus y revenir), l'épiderme macéré qui entoure les bords de la plaie, et l'on passe à ce niveau un tampon d'ouate hydrophile trempé dans l'éther iodoformé.

A partir de ce moment, l'on devra manier avec habileté le *crayon de nitrate d'argent*, pour détruire énergiquement les parcelles de tissu lupeux qui pourraient encore rester et qui se présentent souvent sous l'aspect de bourgeons charnus, mollasses, blafards, parfois assez volumineux.

Dans certains cas, si le crayon de nitrate d'argent ne suffit pas, je n'hésite pas à employer le pinceau, ou plutôt la pointe fine de bois, trempée dans le chlorure de zinc déliquescent, ou la pointe fine du thermo-cautère ou du galvano-cautère. C'est surtout avec le crayon de nitrate d'argent que l'on arrivera à mener à bien la cicatrisation et à obtenir une belle cicatrice.

A dater du jour où j'ai cessé les pansements au naphtol camphré ou à la résorcine camphrée, je panse la plaie, poudrée ou non d'*iodoforme porphyrisé*, avec l'*emplâtre de Vigo cum Hg*, avec l'*emplâtre hydrargyrique mou de Unna, phéniqué* ou non, ou dans d'autres cas avec des pommades faibles au *bichlorure de mercure*.

Il faut noter cependant que ces emplâtres et les pommades au bichlorure de mercure déterminent parfois chez certains sujets des poussées eczémateuses. Dans ces cas, je panse le centre de la plaie avec de l'iodoforme mélangé ou non de *salol*, et je recouvre d'un morceau de tarlatane sans apprêt, plié en plusieurs doubles, enduit d'une épaisse couche de *pâte salicylée*, dont voici la formule telle que je la prescris depuis 1884, dans le traitement de diverses affections cutanées :

℞ Vaseline pure	80	grammes.
Lanoline pure	40	—
Oxyde blanc de zinc	25	—
Poudre de riz	30	—
Acide salicylique porphyrisé. . .	1, 2, ou 3	—

M. s. a.

Dans certains cas, je remplace l'acide salicylique par le *salol*, suivant la formule suivante :

℞ Vaseline pure	80	grammes.
Lanoline pure	40	—
Oxyde blanc de zinc	10	—
Poudre de riz	15	—
Salol	20	—

M. s. a.

Parfois enfin, je remplace l'acide salicylique par l'*acide borique* à dose variable ou par le *dermatol*.

Dans certains cas, surtout chez les sujets à peau irritable, l'emplâtre de Vigo *cum* Hg est avantageusement remplacé par l'*emplâtre rouge* au minium et au cinabre de E. Vidal, ou par l'une des préparations suivantes :

℞ Calomel à la vapeur	2	grammes.
Axonge benzoïnée fraîche	15	—
Oxyde blanc de zinc	4	—

M. s. a.

Ou encore :

℞ Calomel à la vapeur	4	grammes.
Oxyde blanc de zinc	5	—
Talc	2	—
Glycérolé d'amidon ou vaseline	30	—

M. s. a.

Si la plaie me paraît trop suintante, j'ai parfois recours aux pommades à l'*ichthyol*, mélangées ou non de bichlorure de mercure, qui, d'ordinaire, la dessèchent rapidement.

J'emploie fréquemment l'une des préparations suivantes :

℞ Vaseline	50	grammes.
Talc	2	—
Ichthyol	1,2 ou 3	

M. s. a.

Ou encore :

℞ Vaseline	50	grammes.
Talc	2	—
Ichthyol	0gr,5 à 1	gramme.
Bichlorure de mercure	0gr,08	

M. s. a.

D'autres fois, je panse la plaie avec une pommade ou une poudre à l'*aristol*, soit pure, soit mélangée de salol, ce qui m'a paru souvent hâter la cicatrisation de la plaie d'une façon remarquable. Très souvent aussi, j'emploie l'*iodoforme* porphyrisé, soit en poudre, soit sous forme de pommades, comme dans les préparations suivantes :

℞ Vaseline.	}	
Iodoforme porphyrisé	}	ââ. . parties égales

M. s. a.

Ou encore :

℞ Iodoforme porphyrisé.	30	grammes.
Salol	20	—
Vaseline pure.	50	—

M. s. a.

Enfin, lorsque la plaie est blafarde, atonique, je la panse avec de la poudre de *sous-carbonate de fer*, soit pure, soit mélangée de *charbon* ou de *salol*. Ainsi traité, le processus de cicatrisation marche avec une grande rapidité, et l'on peut dire en général qu'il faut de six semaines à trois mois, suivant les cas, depuis le jour de l'opération, pour obtenir la cicatrisation complète du placard lupeux.

Tel est le procédé que j'emploie d'ordinaire pour détruire et amener la cicatrisation complète des placards lupeux à infiltration profonde. Mais dans d'autres cas, aussitôt après l'opération du raclage, croyant pouvoir considérer la destruction du lupome comme suffisante, je n'ai pas recours aux caustiques puissants, je laisse de côté l'acide lactique et la pommade à l'iodhydrargyrate de potasse et institue de suite le pansement au naphtol camphré et à la résorcine camphrée, comme je l'ai indiqué plus haut, avec tous les pansements et soins ultérieurs consécutifs, y compris les cautérisations secondaires au crayon de nitrate d'argent.

Lorsque les tubercules sont disséminés, isolés, petits, plongés dans un tissu dense, scléreux, je ne racle pas et je détruis les lupomes au moyen de la pointe fine du thermo ou du gal-

vano-cautère de Besnier. Mais il faut avoir soin, dans ces cas, de bien détruire tout le lupome et de s'assurer que celui-ci n'est pas infiltré d'une façon irrégulière, en loges et en cryptes parfois étendues dans la profondeur de la peau, loges et cryptes dont l'existence peut facilement passer inaperçue à un examen superficiel. Dans ces cas, le curettage, voire même le débridement, devront être associés à la cautérisation ignée, et il sera souvent nécessaire d'avoir recours en ces points à ma méthode mixte.

Cette méthode est également applicable au traitement de très petits placards lupeux isolés. J'ai d'ailleurs toujours soin de faire suivre les cautérisations d'applications de cataplasmes de fécule préparés avec la solution de bichlorure de mercure ou de pommade au bichlorure de mercure faible, ou je me borne simplement à appliquer sur la partie cautérisée de l'emplâtre de Vigo *cum* Hg, après avoir poudré préalablement avec de l'iodoforme porphyrisé. Une fois les eschares détachées, je panse les plaies, comme je l'ai dit plus haut, à partir du moment où j'applique le naphtol ou la résorcine camphrée. C'est surtout dans le traitement des récidives du lupus que les cautérisations avec les pointes fines du galvano-cautère de Besnier sont utiles.

VI

Traitement des complications et des récidives et direction de la cicatrisation.

A. — Avant d'aborder l'étude de la cicatrice, je dois signaler rapidement certains accidents, qui, bien que n'étant pas d'essence lupeuse, peuvent néanmoins entraver la guérison du lupus. J'ai parlé plus haut de l'eczéma. Je n'y reviens pas. Mais je dois insister sur le traitement des accidents suppuratifs para-lupeux que j'ai signalés[1].

1. H. Leloir. — De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus, *Médecine moderne*, nov. 1890.

Ces accidents, sur lesquels je n'ai plus à revenir ici, seront heureusement combattus par les pansements au moyen des pâtes *salicylées*, en saupoudrant ou non préalablement le fond de la plaie avec de l'*iodoforme*, du *salol*, de l'*aristol*, de l'*iodol*, du *dermatol*, voire même du *charbon* dans certains cas. Si l'ulcération paraît un peu atonique, le pansement avec de la poudre de *sous-carbonate de fer* donnera souvent de bons résultats. Ce traitement bien appliqué amènera d'ordinaire une cicatrisation rapide.

B. — Le lupus étant sur le point de se cicatriser, il faut une surveillance minutieuse pour obtenir une belle cicatrice. Celle-ci sera en effet bien souvent ce qu'on voudra la faire; car avec une surveillance active et des soins minutieux, il est loin d'être impossible d'obtenir une cicatrice plane et souple, même après une cautérisation très profonde et très étendue.

C'est ici que les cautérisations fréquentes et sagement pratiquées avec le crayon de *nitrate d'argent* donnent des résultats excellents pour empêcher les récidives et parfaire la cicatrisation. Si la cicatrisation est languissante, le sous-carbonate de fer, combiné ou non avec l'iodol, le salol, l'aristol, le dermatol, activera le processus cicatriciel. Remarquons en passant que la beauté de la cicatrice n'est pas en rapport avec la superficialité de la lésion.

La cicatrice une fois obtenue, il faudra, si elle ne paraît pas assez satisfaisante, l'assouplir, l'amincir, la rendre plus pâle, en un mot, la perfectionner par l'emploi des *scarifications* combinées avec l'emploi d'*emplâtre de Vigo cum Hg*. Dans certains cas, le Vigo sera heureusement remplacé par l'*emplâtre rouge* au minium et au cinabre de E. Vidal.

Enfin, j'ai parfois adjoint aux scarifications et aux applications de Vigo le *massage* et l'*électrolyse* pour obtenir de belles cicatrices. Une cicatrice satisfaisante une fois obtenue, je recommande d'ordinaire à mes malades de couvrir celle-ci, pendant un certain temps, avec un morceau d'emplâtre de Vigo ou d'emplâtre rouge de E. Vidal, et, le jour, d'enduire

très légèrement la région avec une pommade au bichlorure de mercure à 1 ou 2 p. 1000 renfermant un peu de talc.

Enfin il ne faut pas oublier qu'une surveillance attentive des malades est nécessaire encore pendant longtemps. Il faut revoir les malades tous les quinze jours, tous les mois au maximum pendant la première année, tous les deux ou quatre mois les années consécutives. C'est ainsi que, si une récidive se produit, l'on pourra de suite l'attaquer énergiquement et empêcher, par la destruction immédiate (en général au moyen du galvano-cautère de Besnier) de quelques nodules de récidive, la repullulation intensive des lupomes.

Ces récidives sont pour ainsi dire la règle ; car, dans l'immense majorité des cas, il faut savoir que, malgré tout, l'on n'a pas détruit tout le lupome. L'on obtiendra ainsi une deuxième guérison, qui souvent ne sera pas définitive. Celle-ci sera suivie d'une troisième récidive que l'on traitera et qui ne sera pas elle-même la dernière.

D'ordinaire, bien traitées et traitées en temps, ces récidives seront graduellement décroissantes comme intensité, et c'est ainsi qu'après une série de récidives plus ou moins nombreuses, on finira par obtenir la guérison définitive du malade.

Comme on le voit, et comme je le dis familièrement dans mes cliniques, le médecin et le malade finiront par triompher du lupus, s'ils sont plus entêtés et plus tenaces que lui.

Nous avons étudié au chapitre « Complications » les complications eczémateuses, impétigineuses, les fissures et déchirures qui peuvent se produire au niveau de la cicatrice et être prises par un médecin non prévenu pour une récidive de lupus.

Ces complications seront en général rapidement guéries par l'application de mes pâtes salicylées, salolées, dont j'ai donné plus haut la formule, et, chez les sujets à peau irritable, par l'application de la pâte au *borax* suivante que je prescris

fréquemment depuis 1884 dans le traitement de différentes affections cutanées :

℞ Vaseline	80	grammes.
Lanoline	40	—
Oxyde blanc de zinc	16	—
Poudre de riz	35	—
Talc	4	—
Biborate de soude	1, 2, 3, 4	—

M. s. a.

S'il y a tendance aux exulcérations avec crevasses persistantes, etc., je les panse avec de l'iodoforme en poudre, ou de l'iodol, du salol, du dermatol ou du sous-carbonate de fer ou d'une poudre résultant du mélange d'une ou plusieurs de ces différentes substances, et j'applique ensuite un pansement biquotidien occlusif avec la pâte salicylée, ou les pâtes salolées ou boratées dont j'ai donné plus haut la formule.

Il faut avoir soin de ne pas prendre pour des nodules miliaires de récidive, et de ne pas traiter comme tels, les petites lésions miliaires d'acné sébacée qui se développent au niveau de la cicatrice, dont j'ai parlé au chapitre « Complications », et qui simulent parfois au plus haut degré le nodule lupeux de récidive.

VII

Traitement du lupus des muqueuses.

Le lupus des muqueuses sera surtout attaqué au moyen de la pointe fine du *galvano-cautère* de Besnier, d'attouchements avec l'*acide lactique* pur ou dissous dans la glycérine dans la proportion indiquée plus haut, d'attouchements avec une pointe de bois trempée dans le *chlorure de zinc* déliquescent ou dans l'*acide chromique* en solution concentrée, de cautérisations avec le crayon de *nitrate d'argent*. Les attouchements bi-quotidiens avec un pinceau ou tamponnet d'ouate

imbibés d'*éther iodoformé* doivent être considérés comme un adjuvant très utile des traitements précédents.

Enfin, dans certains cas, l'on emploiera un *curettage* superficiel ou les *scarifications* sanglantes d'après la méthode de E. Vidal, suivies aussitôt de cautérisations avec l'*acide lactique* et le *perchlorure de fer*, ou le crayon de *nitrate d'argent*.

On ne devra jamais négliger de pratiquer l'antisepsie des muqueuses malades au moyen de *gargarismes*, d'*irrigations*, de *pulvérisations* avec la *liqueur de van Swieten* pure ou coupée à moitié de lait, avec les solutions d'*acide borique*, alternant avec la solution suivante :

℞ Salicylate de soude.	4	grammes.
Biborate de soude.	4	—
Chlorate de potasse	2	—
Glycérine neutre	30	—
Eau distillée	150	—

M. s. a.

Les gargarismes, pulvérisations, irrigations avec les *Eaux-Bonnes* pures ou coupées de lait seront quelquefois utiles.

Quant au traitement des complications du lupus, je renvoie le lecteur à mon Traité de la Scrofulo-Tuberculose.

Telles sont les indications générales du traitement du lupus.

Comme j'y insiste depuis longtemps dans mes cliniques, et comme je l'ai montré d'une façon détaillée dans mon Traité de la Scrofulo-Tuberculose, seule une longue habitude de cette terrible affection pourra apprendre au médecin ce qu'il doit faire et quelle méthode il doit préférer chez tel ou tel malade ; car chaque cas particulier lui fournit des indications thérapeutiques spéciales.

CHAPITRE XXI

TRAITEMENT DU FAVUS

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

Le favus est provoqué par un champignon filamenteux, l'*Achorion Schœnleinii*, qui peut végéter dans les cheveux, les poils de la barbe, le duvet qui recouvre les parties glabres du corps, dans les ongles ou dans l'épiderme.

Quand il atteint les poils et notamment les cheveux, qui constituent son habitat de prédilection, il infiltre toute la longueur du cheveu, mais moins abondamment que le trichophyton, et sans le rendre aussi fragile que ce dernier parasite. Il en résulte ce fait très important au point de vue thérapeutique, la possibilité d'arracher en totalité un cheveu favique. Autour de chaque cheveu, le parasite déborde, formant une colonie lenticulaire, intra-épidermique, de couleur jaune de soufre, dont le diamètre varie d'une tête d'épingle et au-dessous jusqu'à un et deux centimètres; c'est le godet favique, ainsi nommé à cause de sa forme circulaire et de sa dépression centrale occupée par le poil. Quand ces godets sont abondants, ils arrivent à confluer, la couche cornée qui les recouvre se déchire, et ils forment des masses plâtreuses, sèches, pulvérulentes,

épaisses de 5 à 10 millimètres, répandant une forte odeur de souris. En général, on peut, sur les limites du placard, trouver un contour polycyclique formé par des godets non encore rompus. Les cheveux qui traversent le placard favique sont grisâtres, ternes, secs au toucher, et quand on les arrache, ils entraînent leur gaine épithéliale gonflée, demi-transparente, œdématiée, ce qui est un signe d'inflammation folliculaire profonde.

Le favus du cuir chevelu entraîne à la longue une inflammation destructive des follicules, et par suite une alopécie cicatricielle définitive.

Sur les parties glabres du corps, le favus peut déterminer des godets comme sur le cuir chevelu, et ils ont comme point de départ les poils de duvet; mais il peut aussi végéter simplement dans l'épiderme et produire des cercles vésiculo-squameux tout à fait analogues à ceux de la trichophytie.

Dans les ongles, les altérations causées par le favus sont identiques cliniquement à celles de la trichophytie.

II

Traitement.

A. — FAVUS DU CUIR CHEVELU

Le favus du cuir chevelu était autrefois l'opprobre de la dermatologie; on ne parvenait pas à le guérir ni même à limiter son extension; il persistait donc indéfiniment, car il n'a aucune tendance à la guérison spontanée. C'est Bazin qui, éclairé par les recherches de Gruby sur la nature parasitaire des teignes, a le premier découvert dans l'épilation un moyen de guérison efficace. Avant lui, les frères Mahon s'étaient fait une grande réputation dans le traitement des teignes, Bazin a montré que leur procédé, soigneusement tenu secret, n'était qu'une épilation déguisée. Entre autres applications topiques, ils saupoudraient la tête des malades d'une poudre qui, leur

donnant une prise plus solide, leur permettait d'épiler assez efficacement avec les doigts.

Actuellement, malgré quelques tentatives infructueuses (Peroni), l'épilation reste la base du traitement du favus.

Les faviques se présentent au médecin le plus souvent avec la tête couverte, dans une étendue plus ou moins considérable, de placards de matière favique plâtreux, épais, auxquels viennent s'ajouter des croûtes impétigineuses dues à la suppuration; les poux, protégés par les croûtes, manquent rarement.

Avant de commencer le traitement, il faut parfaitement nettoyer la tête. Les cheveux doivent être coupés ras dans tous les cas. On ramollit les croûtes, soit avec des *cataplasmes*, soit avec des *onctions d'huile* ou de pommade formée d'*axonge* et de *savon mou* en parties égales. Ensuite, avec de l'eau tiède et du savon, on dissocie les croûtes, on les détache avec un instrument mousse comme un couteau à papier. Il faut généralement y revenir à plusieurs fois pour arriver à un décapage complet du cuir chevelu, que l'on couvre d'une pommade anodine ou faiblement parasiticide pour calmer l'irritation causée par l'ablation des croûtes. On peut employer à cet effet une pommade avec 3 grammes d'*oxyde de zinc* et 1 gramme de *baume du Pérou* pour 30 grammes de vaseline.

Il faut alors commencer l'*épilation*. Elle se faisait autrefois avec la calotte de poix, moyen brutal; mais la modification employée par les médecins lyonnais et italiens est très acceptable. Elle consiste à recouvrir la tête de bandelettes imbriquées garnies d'emplâtre de poix et à les enlever une à une; l'arrachement, encore douloureux, est de cette façon beaucoup plus ménagé.

EMPLATRE DE POIX

℞ Résine de pin	30	grammes.
Poix noire	8	—
Térébenthine de Venise	2	—
Axonge	1	—

M. s. a. (Bertarelli.)

On pourrait encore employer certains *dépilatoires mécaniques* consistant en bâtons d'un mélange résineux qu'on ramollit à la chaleur, et qu'on applique aussitôt sur la partie à épiler. Les cheveux y adhèrent et on les arrache en retirant le bâton.

Le procédé classique est encore l'épilation à la *pince*, moyen plus long, mais moins douloureux et plus efficace parce que la traction est plus ménagée et mieux dirigée. Le malade, assis sur un tabouret bas, repose sa tête sur les genou.. de l'épileur. Celui-ci saisit les poils un à un, les attire doucement dans le sens de leur implantation et, sans soulever la main qui prend un point d'appui sur la tête, dépose chaque cheveu arraché sur une compresse tenue à proximité par la main gauche. L'étendue de la région épilée en une séance varie suivant l'habileté de l'épileur et la tolérance du malade. Un point sur lequel il est utile d'insister, c'est qu'il faut arracher tous les cheveux, même les plus courts et les plus fins, et que pour les apercevoir tous, surtout sur une région malade, il est nécessaire de changer le point de vue et la direction de l'éclairage. En déplaçant la tête du malade par rapport à la fenêtre et en se déplaçant par rapport à lui, on peut découvrir bien des cheveux qui avaient passé inaperçus.

Il faut épiler toute la surface des plaques malades et de plus une large zone de protection tout autour, au moins un centimètre et même davantage, si l'on trouve encore des cheveux qui présentent une gaine œdémateuse.

L'épilation doit être maintenue tant qu'on trouve le cuir chevelu squameux, érythémateux, avec des points rouges autour de quelques cheveux, tant que l'examen microscopique fait découvrir du parasite. On arrache ainsi au fur et à mesure tous les poils qui repoussent. L'épilation seule, d'après Besnier, suffit pour obtenir la guérison; cependant, sans se faire illusion sur la pénétration très hypothétique des parasiticides dans le follicule même évacué, il est bon de faire en même temps des lotions du cuir chevelu avec

une solution de *sublimé* au millième et d'appliquer une pommade avec 1 gramme de *turbith minéral* pour 30 de vaseline ou 2 grammes d'*huile de cade* pour 30 grammes d'axonge.

Quand le malade *paraît* guéri, on laisse repousser les cheveux et le plus souvent on ne tarde pas à voir apparaître çà et là quelques points malades sous forme de taches rouges autour de certains cheveux; ceux-ci s'arrachent plus facilement que les autres, ont une gaine œdémateuse et contiennent du parasite. Un procédé indiqué par Horand (d'après Sabouraud) consiste à fléchir de force la tête du malade, celui-ci résistant énergiquement. On détermine ainsi une vive congestion du cuir chevelu et les points malades apparaissent plus nettement. A chaque point suspect, on fait un nouvel îlot d'épilation.

Lorsqu'on ne trouve plus de point malade, il n'est pas encore possible d'affirmer la guérison, il faut pour cela une surveillance de plusieurs mois, voire même d'une année, d'après Sabouraud.

B. — FAVUS DE LA BARBE

Le favus de la barbe réclame exactement le même traitement que celui du cuir chevelu; mais, les poils étant plus gros, l'épilation est plus facile.

C. — FAVUS DES PARTIES GLABRES

Le favus des parties glabres se présente sous forme de godets isolés ou confluents qu'il faut détacher par des savonnages, au besoin en s'aidant avec un instrument mousse comme un couteau à papier ou une spatule. On facilite beaucoup cette opération par l'application préalable d'un cataplasme de fécule. Une fois que les croûtes faviques sont enlevées, quelques badigeonnages à la *teinture d'iode* suffisent pour la guérison tant du favus à godets que des cercles du favus épidermique qui peuvent coïncider avec lui. Les lésions

qui paraissent très profondes à première vue guérissent sans laisser de cicatrices; mais elles sont assez sujettes à récidiver, ce qui tient probablement à ce que le parasite a persisté au fond des follicules de quelques poils follets. Il faut alors recommencer sur ces points de récidive l'ablation des croûtes, autant que possible avec les poils qui les centrent, et les badigeonnages de teinture d'iode.

CHAPITRE XXII

TRAITEMENT DE LA PELADE

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

La pelade est une maladie caractérisée par des plaques d'alopécie bien limitées; les poils ou cheveux sont simplement absents, de sorte que le cuir chevelu est tout à fait lisse. Les quelques cheveux que l'on rencontre sont quelquefois cassés à peu de distance de la peau, mais ne sont pas fragiles; on peut les arracher en totalité d'autant plus facilement qu'ils sont cadavérisés et ont perdu toute adhérence. Les lésions qu'ils présentent au microscope sont simplement atrophiques; il en est de même pour les cheveux qui entourent immédiatement une plaque de pelade en voie d'accroissement. Il en résulte que la pelade doit être considérée comme une maladie du derme et non du poil.

Dans quelques cas, les plaques limitées peuvent arriver à la confluence et dénuder des surfaces considérables en ne respectant que çà et là quelques îlots de forme angulaire. Il peut même arriver que, soit d'emblée, soit après un début par plaques limitées, l'alopécie devienne diffuse et se généra-

lise à la totalité ou la presque totalité du tégument; c'est ce qu'on appelle la pelade décalvante.

Depuis Bazin, la pelade est considérée en France comme une maladie parasitaire et contagieuse. Dans la plupart des autres pays, elle était jusque tout dernièrement considérée comme d'origine nerveuse et trophique. L'accord tend maintenant à se faire, et il est généralement admis que deux maladies au moins sont confondues sous le nom de pelade; l'une trophonévrotique, due à des troubles nerveux locaux ou généraux; l'autre contagieuse et probablement parasitaire, bien que le parasite soit encore inconnu.

Malheureusement, il n'est pas encore possible de faire avec assurance le diagnostic différentiel de ces deux formes.

La première question qui se pose à propos du traitement de la pelade est son efficacité; quand on considère combien il est fréquent de voir des pelades guérir spontanément en quelques semaines, tandis que d'autres, en apparence tout à fait semblables, voire même prises à la même source, défient tous les efforts de la thérapeutique pendant des mois et des années, il est permis de se demander si tous les traitements ne sont pas purement illusoires.

Certains faits montrent cependant qu'il n'en est pas ainsi, et l'on rencontre assez souvent, trop souvent pour que ce soit une simple coïncidence, des pelades stationnaires depuis longtemps qui guérissent du jour où un traitement méthodique a été institué. Il faut en tous cas se rappeler que la marche de la pelade est excessivement irrégulière, que sa durée est impossible à prévoir, que certaines plaques peuvent guérir très vite tandis que d'autres persistent beaucoup plus longtemps ou que la maladie est entretenue par l'apparition continuelle de nouvelles plaques. Enfin, même après la guérison complète, on voit se faire des récidives à des échéances de plusieurs années, comme si le parasite pouvait persister à l'état latent dans le cuir chevelu, prêt à reprendre une marche agressive à la première occasion.

Les observations de transmission de la pelade paraissent

bien indiquer que les cheveux peuvent être le véhicule de la contagion, mais l'étude des lésions du cuir chevelu et des cheveux démontre que ceux-ci ne sont atteints que secondairement, que la maladie siège dans le derme et entraîne leur atrophie. Le parasite est donc complètement inaccessible à nos moyens d'action; nous ne pouvons agir qu'indirectement et cela explique que tous les traitements se ressemblent, quelles que soient les opinions de leurs auteurs relativement à la nature de la maladie.

II

Traitement de la plaque de pelade.

Tous les traitements se ramènent à une seule indication, déterminer et entretenir une irritation modérée des parties malades. Chaque dermatologiste a certaines formules plus ou moins personnelles qu'il emploie de préférence; un très grand nombre ont été publiées, et chaque auteur assure avoir obtenu des guérisons très rapides par le procédé qu'il recommande; mais l'incertitude de la marche naturelle de la pelade rend les résultats toujours un peu suspects, et généralement ces mêmes formules essayées par d'autres auteurs ne leur ont paru ni meilleures ni moins bonnes que celles qui les ont précédées ou suivies. Il est cependant utile d'avoir plusieurs formules à sa disposition, fussent-elles de valeur égale; il est souvent bon de changer; et l'on obtient de meilleurs résultats en variant tous les mois par exemple; de plus, le malade se lasse d'employer le même remède quand il n'en constate pas de prompts résultats.

A. — La *teinture de cantharides* entre dans plusieurs formules; la plus simple est la suivante :

℞ Teinture de cantharides . . . . . } àà parties égales.
Baume de Fioravanti . . . . . }

M. s. a.

On applique cette teinture avec un pinceau deux fois par jour sur les plaques. Suivant la susceptibilité de la peau, on peut espacer les applications ou diminuer la proportion de teinture de cantharides.

B. — L'*acide acétique* peut être appliqué de la même façon une fois par jour, s'il est étendu de moitié eau distillée. Morrow recommande un mélange en parties égales d'acide acétique et de *chloroforme* qu'on applique deux ou trois fois par semaine.

C. — L'*acide phénique* est vivement préconisé par D. Bulkley qui badigeonne les plaques avec de l'acide phénique pur liquéfié par 5 p. 100 d'alcool. On applique la solution avec un petit pinceau d'ouate roulée au bout d'une baguette de bois ou simplement d'une allumette, en prenant soin de ne pas la faire couler sur les parties voisines; aussitôt après, la peau devient blanche, puis il se forme une eschare épidermique sèche qui se détache au bout d'une semaine. On peut alors renouveler l'application.

D. — L'*essence de cannelle* est proposée par Busquet :

℞ Éther. . . . . 30 grammes.
Essence de cannelle de Chine . . . . . 10 —

M. s. a. Un badigeonnage par jour.

E. — Hallopeau préfère l'*essence de Wintergreen* qu'il a essayée comparativement avec l'essence de cannelle et qui se serait montrée très supérieure :

℞ Éther. . . . . } ää parties égales.
Essence de Wintergreen . . . . . }

M. s. a. Un ou deux badigeonnages par jour.

L'essence de Wintergreen a l'inconvénient d'être un produit assez cher et d'avoir une odeur singulièrement pénétrante, bien qu'assez agréable.

F. — La *vésication* est un moyen de stimulation locale encore plus énergique. Elle a été fort préconisée par Vidal qui appliquait sur les plaques une série de vésicatoires volants,

et comme les emplâtres vésicants n'étaient pas d'un emploi commode, il avait fait préparer le vésicatoire liquide de Bidet. Il faut avoir soin de ne pas vésiquer une trop grande surface à la fois.

La vésication a été reprise comme méthode de choix par Sabouraud. Il applique le soir une ou éventuellement plusieurs couches de *vésicatoire liquide*. Puis, le lendemain, il détache la membrane épidermique soulevée et fait un badigeonnage de *nitrate d'argent* à un quinzième sur la surface dénudée et essuyée. Au bout d'une semaine l'épiderme est reformé et l'on peut recommencer. Ce procédé aurait donné à Sabouraud des succès très rapides; il est surtout utile pour les plaques complètement glabres, car il n'influence pas la croissance du duvet lorsque celui-ci a fait son apparition; je l'ai essayé dans quelques cas de pelade rebelle, mais sans résultats; il n'est pas démontré encore que dans les cas de pelade récente il produise une guérison plus rapide.

G. — Moty a proposé des *injections interstitielles de sublimé*. Les injections doivent se faire de la périphérie de la plaque vers le centre. On fait cinq ou six piqûres de cinq ou six gouttes d'une solution de sublimé à un trois centième deux fois par semaine ou bien tous les deux jours avec une solution au millième; le cuir chevelu devient rouge et gonflé. C'est un procédé assez douloureux et qui paraît surtout agir par irritation du derme. Barthélemy a obtenu de bons résultats par cette méthode.

H. — Dernièrement Blaschko, Ehrmann ont obtenu des succès par la *faradisation*. On peut employer pour cela une machine à courants induits ordinaire; on place un pôle dans un point quelconque et l'autre sous forme de brosse est promené sur la plaque de pelade.

III

Traitement de l'ensemble du cuir chevelu.

La difficulté du traitement de la pelade réside dans l'accroissement des plaques, leur multiplication et leurs récidives bien plutôt que dans leur ténacité individuelle; il est donc nécessaire de se mettre le plus possible à l'abri des autoinfections. Bien que nous ne sachions pas exactement où réside le contage, l'observation montre qu'il est superficiel. Il est donc nécessaire de pratiquer la *désinfection* répétée du cuir chevelu.

Le meilleur moyen consiste en *savonnages* suivis de lotion de *sublimé* au millième, renouvelés tous les jours si les cheveux sont coupés courts, ou un peu moins souvent, s'il s'agit d'une femme qui a conservé sa chevelure.

La surface de la plaque sera *rasée* ainsi qu'une bande de 1 centimètre au moins tout autour. Il ne me paraît pas indispensable d'*épiler* la bordure; c'est une opération longue et pénible et qui ne met pas à l'abri des accroissements ultérieurs de la plaque, ainsi que j'ai eu plusieurs fois l'occasion de le constater.

Enfin, pour éviter les réinoculations au porteur, il faut désinfecter fréquemment les objets de toilette tels que peignes et brosses et garnir les chapeaux de coiffes de linge qui se puissent changer et laver fréquemment.

IV

Prophylaxie.

La contagiosité de la pelade étant parfaitement établie, il importe de prendre des mesures contre sa transmission dans les milieux où cette transmission se fait le plus facilement.

Les épidémies de famille sont rares; cependant il sera

toujours nécessaire de prendre quelques précautions et notamment d'exiger la *personnalité* absolue des objets de toilette.

Comme les épidémies d'écoles et de casernes sont beaucoup plus fréquentes, c'est surtout pour ces établissements qu'il importe de prendre des mesures de protection. Nous ne pouvons faire mieux à cet égard que citer le rapport de Besnier à l'Académie de médecine[1].

Il pose en principe que, dans tous les établissements publics ou agglomérations d'individus, aucun individu atteint de pelade ne peut réclamer son admission comme un droit. Chaque malade devra être l'objet d'une enquête spéciale. L'ancienneté de la maladie, son état stationnaire, le bon état du cuir chevelu en dehors de la partie dénudée, sa réparation manifestement en voie d'exécution sont au nombre des conditions qui permettront l'admission ou la conservation sous certaines réserves. Les circonstances opposées, le début récent, l'augmentation manifeste, la multiplicité des plaques, le peu d'adhérence des cheveux alentour justifieront le renvoi ou l'isolement.

Dans les asiles et écoles de la première enfance, l'exclusion ou l'isolement effectif seront de règle. Dans les écoles primaires, on pourra admettre les peladiques à la condition qu'ils soient isolés pendant les classes et les récréations, qu'ils soient régulièrement soignés, qu'ils aient la tête couverte et les plaques oblitérés par un pansement. Dans tous les externats, les peladiques pourront être admis à des conditions analogues. Dans les internats et écoles supérieures, la surveillance pouvant être plus effective, l'exclusion sera exceptionnelle. Si les sujets peladiques conservés par tolérance sont le point de départ de cas nouveaux, la tolérance cessera tant pour eux que pour les nouveaux atteints.

1. E. Besnier. — Sur les mesures à prendre à l'égard des sujets atteints de pelade. *Académie de médecine*, 31 juillet 1888.

CHAPITRE XXIII

TRAITEMENT DES TRICHOPHYTIES

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

Les trichophyties sont un groupe de maladies dues à la colonisation d'un parasite filamenteux, le trichophyton. Ce parasite peut atteindre, par ordre de fréquence décroissante, le cuir chevelu, l'épiderme des régions glabres, la barbe, les ongles. Outre ces différences, dues à des localisations diverses, il en est d'autres qui sont dues à ce que le parasite n'est pas toujours le même. Il y a non seulement un grand nombre d'espèces de trichophyties, mais encore on confond d'habitude avec lui, et, pour la commodité de la description, nous sommes obligé de suivre cette tradition, un parasite assez différent, le microsporon Audouini qui produit des lésions analogues.

Pour la description clinique comme pour le traitement, nous ferons de larges emprunts aux publications de Sabouraud, dont les travaux ont complètement transformé la question.

II

Teigne tondante.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Elle est constituée par des plaques plus ou moins bien limitées, qui, au premier aspect, paraissent glabres, mais sont en réalité simplement rasées : les cheveux malades sont cassés au ras de la peau ou à une distance de 1 ou 2 millimètres; l'épiderme intercalaire est plus ou moins squameux. Parmi les formes fréquentes, on peut distinguer les suivantes :

1° Teigne tondante de Gruby, tondante à petites spores de Sabouraud. Les lésions sont disposées en plaques, le cuir chevelu est faiblement squameux, les cheveux cassés à 2 ou 3 millimètres de la surface sont entourés d'une gaine blanche et nacrée; la maladie envahit peu les parties glabres. A l'examen microscopique, on trouve le cheveu non pénétré, mais engainé par le parasite, qui est formé d'une masse de spores très petites disposées en mosaïque à plusieurs couches à la surface du cheveu. Cette variété de tondante, spéciale à l'enfance et particulièrement rebelle, est très fréquente dans certaines villes et représente à Paris 60 p. 100, à Londres 95 p. 100 des tondantes, tandis qu'en revanche elle n'existe pas dans d'autres régions comme en Italie (Mibelli).

2° Des plaques circonscrites, mais conservant à leur surface bon nombre de cheveux sains, squameuses et hérissées de cheveux cassés courts à 1 ou 2 millimètres de la surface, dépourvus de gaine et coudés en divers sens. De même que dans le cas précédent, les tronçons de cheveux se cassent à la pince et ne se laissent pas épiler. A l'examen microscopique, on trouve le cheveu non plus engainé, mais rempli par le parasite sous forme de chapelets et de spores notablement plus grosses que dans le cas précédent.

3° Une troisième variété est formée par des plaques cir-

conscrites faiblement squameuses ou par des îlots de un à dix cheveux malades disséminés sur toute l'étendue du cuir chevelu. Les cheveux ne dépassent pas la surface, ils sont cassés au ras de la peau, et leur extrémité, enroulée dans l'épaisseur d'une petite squame, se présente comme un point noir. En détachant la squame, on enlève en même temps un petit fragment de cheveu enroulé et tordu. Sous la forme disséminée, cette variété est particulièrement fréquente chez l'adulte. A l'examen microscopique, on trouve le cheveu rempli de spores comme un sac de noix; les spores sont plus grosses que dans la première variété et ne dépassent pas la cuticule du cheveu.

4° *Kerion Celsi*. Les cheveux envahis déterminent une inflammation suppurative du follicule, et il se forme sur la tête des plaques gonflées, spongieuses, couvertes de croûtes et d'où la pression fait sourdre du pus par des ouvertures multiples.

B. — TRAITEMENT

La teigne tondante est une des maladies les plus rebelles que l'on puisse avoir à traiter; aussi le nombre des procédés usités est-il immense. Tous les agents parasiticides ont été essayés, tous les modes d'application ont été employés : pommades, lotions, emplâtres, pansements humides, cataphorèse électrique, etc. Chaque auteur recommande un procédé qui lui a réussi moins mal que les autres. La grande difficulté du traitement tient à trois circonstances. Le cheveu est infecté par le parasite jusqu'au voisinage du bulbe, c'est-à-dire à 4 ou 5 millimètres de profondeur; aucun médicament ne pénètre à plus de 1 millimètre dans le follicule rempli par le cheveu et les gaines (Sabouraud); il est impossible d'épiler en totalité un cheveu trichophytique, il se casse au ras de la peau ou à une faible profondeur; la partie qui reste est encore infectée, et le cheveu continue à pousser malade.

Une foule de substances sont parfaitement capables de tuer le parasite, la difficulté est de l'atteindre. Cette double impossibilité d'extraire le cheveu infecté et de faire pénétrer le

médicament jusqu'au parasite explique l'impuissance presque complète de la plupart des applications parasiticides. On a donc cherché à amener l'expulsion naturelle du cheveu, soit en accélérant sa croissance et en précipitant son remplacement, soit en déterminant une folliculite expulsive.

C'est sur ces données que reposent les deux procédés recommandés par Sabouraud et que nous allons résumer d'après son livre sur le diagnostic et le traitement de la pelade et des teignes.

Il est utile, au point de vue du traitement, de distinguer trois cas comprenant les quatre formes que nous avons signalées plus haut. Ce sont : 1° la tondante à petites spores; 2° les trichophyties vraies non inflammatoires; 3° le kerion Celsi.

1° Tondante à petites spores.

Il faut d'abord déterminer d'une façon certaine le nombre et la situation de tous les points malades; pour cela on tond très ras toute la tête du malade et on passe une couche de *teinture d'iode* qu'on essuie aussitôt. Dans tous les points où la couche cornée de l'épiderme est entamée par le parasite, la teinture d'iode pénètre mieux et l'on distingue du premier coup d'œil tous les foyers. Chacun d'entre eux est entouré d'une bordure d'*épilation* de 1 centimètre de large portant uniquement sur les cheveux sains. Cette sorte de barrière limite l'extension des foyers et permet de ne plus les perdre de vue. La tête étant ainsi préparée, on rase les parties malades tous les deux jours, et après chaque rasure on fait une application de teinture d'iode.

Toutes les semaines on coupe les cheveux ras et tous les mois on entretient par une épilation à la pince la zone de protection qui entoure chaque foyer.

L'irritation légère du cuir chevelu entretenue par la rasure et la teinture d'iode détermine une croissance plus active des cheveux et l'expulsion graduelle des cheveux malades, qui

sont remplacés par des cheveux fins et pâles comme ceux qui repoussent sur une pelade en voie de guérison.

2° Tondante trichophytique.

Parmi les anciens traitements de la teigne, il en est un recommandé par Ladreit de Lacharrière qui est fondé sur la production artificielle d'une folliculite expulsive. On frotte les parties malades avec un crayon contenant un tiers ou une moitié d'*huile de croton*, solidifiée par l'addition de cire et de beurre de cacao. Pour peu que ce traitement soit appliqué sans modération, il produit une suppuration intense des follicules et même des abcès du cuir chevelu, d'où résulte une alopécie cicatricielle définitive, alors que la tondante finit presque toujours par guérir spontanément sans cicatrice. Ces accidents ont jeté le discrédit sur cette méthode qui est formellement condamnée par beaucoup d'auteurs.

En admettant même que l'alopécie cicatricielle fût une conséquence fréquente de ce traitement, il ne faudrait pas le rejeter complètement. Quand on a été témoin des inconvénients graves qu'entraîne pour les enfants des familles pauvres l'exclusion prolongée de l'école, on se convaincra qu'il vaut mieux risquer quelques taches cicatricielles que les éloigner de l'école pendant toute une année. Les renvoyer de l'école, c'est les jeter dans la rue et en faire de précoces mendiants, si ce n'est pire.

Or, le danger de l'alopécie cicatricielle est beaucoup moindre qu'on l'a dit. J'ai souvent employé ce traitement; je l'ai vu employer par d'autres et j'en ai rarement constaté des inconvénients. J'ai vu des dermites formidables dues à des applications immodérées suivies de repousse intégrale, alors que la violence de l'inflammation m'avait fait croire la cicatrice fatale. Enfin tout danger paraît complètement éloigné par la méthode d'application du croton, peut-être un peu timorée, que préconise Sabouraud. Voici en quoi elle consiste.

On commence par tondre toute la tête aux ciseaux aussi

ras que possible. Puis on fait un badigeonnage général de *teinture d'iode*, qui met les plus petits foyers en évidence et qui détruit les colonies encore purement épidermiques. Chaque foyer est isolé par une bordure d'*épilation*. Après cette préparation qui est la même que pour le traitement de la tondante à petites spores, on fait sur chaque plaque de teigne une application d'*huile de croton* pure ou mélangée de moitié d'huile d'olives, ou bien une friction avec les crayons composés d'huile de croton, de cire et de beurre de cacao et contenant une moitié ou un tiers d'huile de croton. Après l'application de l'huile, on essuie la surface traitée avec un linge sec, pour ne laisser de médicament actif que dans les infundibula pilaires. Au bout de deux ou trois jours, la plaque tout entière a pris l'aspect des dermites profondes avec un empâtement doublant l'épaisseur du pli de la peau. S'il y a quelques pustules, on les fait disparaître par un *cataplasme de fécule*. Au bout de cinq jours, l'irritation profonde étant en voie de régression, on fait une épilation de tous les poils malades que la pince pourra enlever, et après elle une application de teinture d'iode. Après dix jours, la plaque a repris son aspect normal; on fait une nouvelle application de croton, et ainsi de suite.

Après trois ou quatre semaines de traitement, les orifices pilaires dilatés contiennent un poil très volumineux, qui s'épile sans peine, et qui est formé par le cheveu accompagné de toutes ses gaines. Au fur et à mesure que les cheveux malades sont ainsi expulsés, ils sont remplacés par des cheveux follets fins; les cheveux malades ne forment plus que des îlots disséminés sur lesquels on continue le traitement comme ci-dessus, jusqu'à ce que partout la repousse se manifeste sous la forme de duvet fin.

Il est très important de traiter ensemble tous les foyers, même les plus petits, parce qu'ils peuvent être aussi rebelles que les grands et qu'ils peuvent entretenir la maladie pendant longtemps. Il faut aussi noter qu'il existe de grandes différences individuelles dans la réaction inflammatoire que

détermine l'huile de croton. Chez les enfants lymphatiques à cheveux fins et blonds, une seule application d'huile de croton mitigée suffira pour déterminer une réaction violente; chez les enfants à cheveux gros et foncés, une seule application d'huile de croton pure ne déterminera presque aucune réaction, et deux ou trois applications coup sur coup seront quelquefois nécessaires.

Après que tous les foyers de quelque importance ont disparu, il persiste quelquefois des cheveux malades épars çà et là; quelquefois, dès le début, la maladie ne se traduit que par de minimes îlots de un à quatre ou cinq cheveux semés sur toute l'étendue du cuir chevelu : c'est ce qui a été décrit sous le nom de trichophytie disséminée du cuir chevelu. Sous cette forme très rebelle, la maladie peut persister jusque dans l'âge adulte. J'ai observé récemment une femme qui, atteinte de teigne tondante et soi-disant guérie à l'âge de cinq ans, portait encore à vingt-neuf ans de la trichophytie disséminée. Lorsqu'il n'y a qu'un petit nombre de cheveux malades sur toute l'étendue de la tête, on n'en est pas moins obligé de considérer le malade comme contagieux et de l'isoler; mais il y a tout avantage dans ce cas à détruire radicalement les quelques lésions persistantes pour pouvoir lever la quarantaine. On peut y arriver soit par l'*électrolyse*, soit en introduisant dans le follicule pileux une fine aiguille (un équarrissoir d'horlogerie par exemple) enduite d'huile de croton, soit encore une pointe très fine de galvano-cautère. Le cheveu est éliminé en totalité et détruit définitivement, mais la destruction de quelques cheveux isolés est sans importance et la guérison peut être avancée de plusieurs mois.

3° Kerion Celsi.

La forme sycosique de la trichophytie du cuir chevelu est bien plus facile à guérir parce que la maladie produit elle-même la folliculite expulsive que l'on détermine artificiellement par l'huile de croton. A la différence de la tondante com-

mune, l'*épilation* est non seulement possible, mais facile. Il suffit d'épiler soigneusement toute la région malade et une bordure d'un centimètre tout autour, enfin de faire quelques badigeonnages de *teinture d'iode* pour voir le placard s'affaisser en quelques jours. Il est nécessaire de compléter l'épilation au fur et à mesure que la plaque infiltrée s'affaisse; car beaucoup de petits cheveux qui, à la première épilation étaient noyés dans l'épaisseur du derme tuméfié, deviennent apparents à ce moment. Il n'est pas rare à la suite du kerion de voir persister des plaques d'alopécie cicatricielle. Il existe du reste toutes les transitions depuis la teigne tondante sans inflammation apparente jusqu'aux placards anthracoïdes les plus enflammés.

III

Prophylaxie.

La teigne tondante étant excessivement contagieuse, surtout dans les agglomérations d'enfants, il est indispensable de prendre des mesures très rigoureuses d'isolement. Dans les familles, il faut que les objets de toilette soient strictement personnels, que les enfants teigneux ne couchent pas avec leurs frères sains, que les coiffures soient fréquemment désinfectées. Il est indispensable que les enfants teigneux soient exclus des écoles; les jeux de toute sorte, les échanges de coiffure si fréquents, sont autant de causes de contagion, et un seul teigneux peut, en très peu de temps, infecter toute une école, d'autant plus facilement qu'il sera ignoré et par suite non traité.

Avant de rendre la libre pratique à un teigneux traité et supposé guéri, il faut une surveillance prolongée. Le jour où l'examen le plus attentif ne fait plus découvrir un seul cheveu malade, il n'y a de ce fait qu'une présomption de guérison et il faut deux mois de surveillance pour pouvoir affirmer la guérison.

IV

Trichophytie de la barbe.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La trichophytie peut affecter toutes les parties velues de la face, mais elle respecte à peu près constamment la moustache. Elle se présente sous deux formes principales :

1° Le *sycosis parasitaire* qui est l'analogue du kerion du cuir chevelu, et serait, d'après Sabouraud, habituellement dû à un trichophyton du cheval. Ce sont des nodules ou des placards saillants profondément indurés, couverts de croûtes à surface mamelonnée et même fongueuse; la pression fait sourdre du pus par une foule d'orifices. Les poils s'arrachent facilement avec une gaine épaisse imbibée de pus. C'est une folliculite conglomérée. L'examen microscopique des cheveux ne fait rien trouver, si ce n'est sur quelques poils de la bordure; en revanche, la culture démontre la présence du trichophyton dans le pus.

2° La *tondante de la barbe*, tout à fait analogue à celle du cuir chevelu, est caractérisée par la fragilité extrême des poils infiltrés de spores. Ils sont cassés au ras de la peau et se présentent comme des points noirs. Les lésions sont généralement très disséminées, et ne s'accompagnent d'aucune réaction inflammatoire, seulement d'un peu de desquamation.

B. — TRAITEMENT

Dans la forme sycosique, le traitement sera le même que dans le kerion Celsi. *Épilation* minutieuse et répétée suivie, selon le degré de l'inflammation, d'un pansement antiseptique humide ou d'un badigeonnage de *teinture d'iode*. L'épilation amène toujours un affaissement rapide des placards, et je n'ai jamais vu qu'il fût nécessaire de recourir au raclage ou à la

scarification. Le raclage notamment produit une cicatrice beaucoup plus considérable que ne l'eût fait la maladie.

Dans la tondante de la barbe, l'épilation est aussi impossible que dans celle du cuir chevelu. L'emploi de l'huile de croton est impraticable en raison de la dissémination ordinaire des lésions et de la susceptibilité de la peau de la région.

Il faut commencer par raser la barbe; mais, pour éviter les inoculations, il est utile de faire un *savonnage* et un lavage au *sublimé* avant et après la rasure. On passe ensuite une couche de *teinture d'iode* pour détruire toutes les inoculations épidermiques. Ensuite on fait tous les soirs une application d'une pommade *soufrée*.

℞ Axonge benzoïnée.	20 grammes.
Savon vert	2 —
Soufre précipité.	2 ou 4 grammes.
Résorcine.	2 grammes.

M. s. a.

Deux fois par semaine on rase la barbe en prenant les mêmes précautions de laver au sublimé avant et après.

La pommade détermine une légère desquamation et peu à peu l'on voit les poils malades remplacés par des poils sains; il faut cependant plusieurs mois pour arriver à la guérison.

V

Trichophytie des parties glabres.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Elle se manifeste par des plaques ou des cercles à bordure rouge un peu saillante, squameuse, croûteuse, vésiculeuse ou même pustuleuse, constituant l'herpès circiné des anciens. Sabouraud a insisté sur l'extrême variabilité d'aspect de ces cercles d'un malade à l'autre, par opposition à la ressemblance absolue de ces cercles sur les mêmes malades ou sur tous les malades contagionnés à la même source. Ces diffé-

rences tiennent à ce que ces divers cas sont dus à des parasites différents. Mes recherches personnelles me permettent de confirmer pleinement cette observation.

On voit aussi quelquefois sur la peau saine se former des plaques saillantes, profondément infiltrées, enflammées, suppurantes, qui correspondent au kerion Celsi du cuir chevelu et au sycosis de la barbe. Ce sont des types de ces genres qui ont été décrits par Leloir sous le nom de folliculites conglomérées.

B. — TRAITEMENT

La trichophytie superficielle de l'épiderme est de toutes les formes de la maladie la plus facile à guérir. Dans l'immense majorité des cas, on la guérit en huit jours au moyen d'un badigeonnage de *teinture d'iode* assez énergique pour amener la desquamation; tout au plus s'il est nécessaire de revoir le malade au bout d'une quinzaine de jours pour s'assurer s'il n'y a pas quelques petits foyers de récidive dont on se débarrassera de la même façon.

Dans quelques circonstances, la teinture d'iode ne peut être supportée par suite d'une susceptibilité anormale de l'individu ou dans certaines régions comme les plis génito-cruraux. On fera alors des onctions avec une pommade contenant 2 ou 4 grammes de *résorcine* pour 20 grammes d'axonge; ou mieux encore 0,50 à 1 gr. de *chrysarobine* pour 20 gr. d'axonge, appliquée tous les soirs pendant quatre ou cinq jours. Mais il faut surveiller le malade pour s'arrêter à la première menace d'érythème chrysarobinique et le prévenir que cette pommade tache le linge.

Il est une région où la trichophytie épidermique est très rebelle, c'est la *paume des mains*. Elle peut s'y cantonner pendant des années, résistant à toutes les irritations professionnelles chimiques ou physiques. Elle persiste d'autant plus qu'elle est quelquefois assez peu gênante pour n'être pas aperçue par le malade et qu'elle est souvent prise pour un eczéma par le médecin.

De tous les traitements que j'ai essayés contre la trichophytie chronique de la paume des mains, c'est encore la teinture d'iode appliquée tous les deux jours qui m'a le mieux réussi, et encore faut-il quelquefois plusieurs mois pour en venir à bout.

Quand la trichophytie des parties glabres revêt la forme sycosique constituant la folliculite agminée, c'est le traitement du sycosis parasitaire qu'il faut lui appliquer.

VI

Trichophytie des ongles.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il arrive assez souvent que la trichophytie de la main s'étende jusqu'à la racine de l'ongle et, contournant le repli sus-unguéal, envahisse la lame unguéale. Il en résulte une affection de l'ongle extrêmement rebelle et pouvant durer toute la vie du malade. L'aspect des lésions est assez variable. Tantôt l'ongle est simplement séparé du lit par une épaisse couche de substance cornée friable, en moelle de jonc; tantôt il s'effrite à l'extrémité et à la surface, laissant à découvert une certaine étendue du lit; d'autres fois enfin, surtout dans les cas très anciens, la lame unguéale soulevée par l'hyperkératose unguéale est épaissie, jaune et opaque. Très souvent, la partie basale de l'ongle paraît saine; mais souvent, et peut-être toujours, l'examen microscopique montre que le parasite infecte toute la lame unguéale jusqu'au niveau de la matrice. On comprend ainsi la ténacité extrême de cette affection[1].

B. — TRAITEMENT

Ici comme dans la teigne tondante, la difficulté n'est pas de tuer le parasite, mais bien de l'atteindre : il faut enlever

1. ARNOZAN et DUBREUILH. — De la trichophytie des mains et des ongles. *Archives cliniques de Bordeaux*, 1892.

l'ongle en totalité. Dans l'arrachement chirurgical, on laisse presque toujours au fond du sillon matriciel quelques débris du biseau basilaire de l'ongle, et cela suffit pour reproduire la maladie. Il est plus sûr de faire pour l'ongle ce qu'on fait pour les cheveux, déterminer leur expulsion inflammatoire. C'est là le principe du traitement de Campana et de Pellizzari[1].

On applique tous les jours sur l'ongle et notamment à sa racine une pommade composée d'huile d'olives et d'*acide pyrogallique* en parties égales, et l'on recouvre d'un doigt de gant.

Au bout de quelques jours, huit à douze environ, il se produit une suppuration de tout le contour de l'ongle qui devient mobile. On incise l'épiderme soulevé par le pus, on applique un pansement antiseptique humide, et l'inflammation se calme. Quelques jours après, l'ongle s'élimine en totalité et il n'y a plus qu'à le laisser repousser.

Cette méthode a le grave inconvénient d'être très douloureuse et d'exiger la plus minutieuse surveillance; car, si l'inflammation est trop vive, on risque de produire des lésions irrémédiables, et l'ongle repousse déformé.

Un procédé plus doux consiste à *limer* la lame unguéale jusqu'au lit avec un morceau de verre cassé, et d'appliquer en permanence un pansement antiseptique humide, par exemple du *sublimé* à 1 p. 1000. Mais il faut pour cela que la maladie soit cantonnée à l'extrémité de l'ongle, ce dont on n'est jamais sûr, même lorsque la racine paraît saine à la vue. Récemment Sabouraud aurait obtenu un succès par un pansement quotidien, avec une compresse humectée d'une *solution iodée* au millième et recouverte d'un doigtier en caoutchouc.

1. W. Dubreuilh. — Traitement de l'onychomycose par la pommade au pyrogallol. *Journal de médecine de Bordeaux*, 23 décembre 1894.

CHAPITRE XXIV

TRAITEMENT DE L'ÉRYTHRASMA

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

L'érythrasma est une affection parasitaire de la peau caractérisée par des plaques assez bien limitées, faiblement squameuses, de couleur bistrée, sans saillie ni aucune apparence inflammatoire, qui occupent d'une façon presque exclusive les plis articulaires. Son siège de prédilection est le pli génito-crural dans les deux sexes, en s'étendant chez l'homme sur les faces en contact du scrotum et de la cuisse; beaucoup plus rarement on l'observe dans les aisselles, les plis du coude ou du jarret. La maladie semble pouvoir persister indéfiniment; elle ne cause du reste aucune gêne, si ce n'est parfois une légère démangeaison.

L'examen microscopique des squames fait trouver un parasite constitué par des filaments très fins, beaucoup plus fins qu'aucun des microphytes de la peau, et de très petites spores; il a été décrit sous le nom de *microsporon minutissimum* par Burckhardt. Bien que dans aucun autre cas on ne rencontre ce parasite en aussi grande abondance que dans

l'érythrasma, on peut par l'examen microscopique (Balzer et Dubreuilh), ou par les cultures (Ducrey et Reale), trouver sur la peau saine en faible quantité des parasites tout à fait semblables. Il n'est donc pas prouvé qu'il s'agisse là d'un parasite spécifique.

II

Traitement.

L'érythrasma étant une affection très superficielle, il est très facile de faire disparaître les plaques brunes. Il faut seulement éviter les agents trop énergiques qui irriteraient la peau fine des régions habituellement atteintes. On peut y appliquer des pommades *soufrées* ou *résorcinées*.

℞ Axonge benzoïnée	20	grammes.
Soufre précipité	2	—
Résorcine	1	—

M. s. a.

On peut même se borner à des *savonnages* répétés et alterner avec des *bains sulfureux*. On peut ainsi faire disparaître assez facilement les plaques d'érythrasma; mais ici comme pour le pityriasis versicolore, la maladie a une grande tendance à récidiver, et, pour en venir à bout, il est indispensable de continuer longtemps le traitement. Il sera donc utile de prendre toutes les semaines un bain sulfureux, de faire tous les deux jours un savonnage complet des régions atteintes, et dans les intervalles, de les poudrer abondamment avec de la *poudre de talc* additionnée de 2 p. 100 d'*acide salicylique*. Ces poudrages agissent d'une part comme parasiticides, et, d'autre part, en desséchant la peau, suppriment une des conditions du développement du parasite.

CHAPITRE XXV

TRAITEMENT DU PITYRIASIS VERSICOLORE

PAR

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

I

Considérations générales.

Le pityriasis versicolore est constitué par des taches brunâtres ou fauves, isolées ou confluentes, couvrant quelquefois des étendues considérables du tégument, surtout sur le tronc et les segments supérieurs des membres. Ces taches ne font aucune saillie, elles sont bien limitées, un peu squameuses, et ne déterminent aucune sensation anormale, tout au plus un peu de prurit.

Ces taches sont causées par un parasite spécial, le microsporon furfur, qui végète dans la couche cornée dont il diminue la consistance; d'où la possibilité d'arracher un lambeau de couche cornée par un coup d'ongle bien appliqué. Ce signe du coup d'ongle et l'aspect spécial du parasite dans le lambeau ainsi arraché sont tout à fait caractéristiques.

II

Traitement.

Il est assez facile de faire disparaître les taches fauves par un traitement très simple, des *savonnages* énergiques par

exemple; il est beaucoup plus difficile d'éviter les rechutes; aussi le traitement devra-t-il être continué longtemps après la disparition des taches.

Si la maladie est très limitée, on peut faire des applications de *teinture d'iode;* mais en général l'éruption est trop étendue pour permettre ce mode de traitement.

Brocq recommande de faire le soir un savonnage au *savon noir* dont on laisse la mousse sécher sur le corps; puis, le matin, on lave à l'eau chaude.

On peut faire tous les soirs une friction avec la pommade suivante :

℞ Axonge	50 grammes.
Acide salicylique.	5 —

M. s. a.

et savonner le matin les parties atteintes.

Une des meilleures préparations est une pommade avec 2 à 4 p. 100 de *chrysarobine* qu'on applique tous les soirs pendant une semaine, à moins qu'on ne soit arrêté par une éruption médicamenteuse assez fréquente, mais qui accélère l'élimination du parasite et la guérison.

On peut également faire des lotions avec de l'*hyposulfite de soude* à 5 p. 100 ou avec une solution de *polysulfure de potassium* (une cuillerée dans un demi-litre d'eau).

En tout cas il est nécessaire de continuer le traitement longtemps après que l'éruption a disparu, et pendant plusieurs mois de faire une application par semaine d'une des préparations précédentes sur toute l'étendue des parties qui ont été atteintes.

CHAPITRE XXVI

TRAITEMENT DE LA PHTIRIASE ET DES PIQURES DE PUCES ET PUNAISES

PAR

P. AUBERT

Chirurgien de l'Antiquaille.

I

Piqûres de puces.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La puce commune (*Pulex irritans*) est un insecte petit, brun, très agile, de l'ordre des aphaniptères et de la tribu des pulicides.

Les puces sont une des petites misères de l'existence, bien plus qu'une cause de maladie. Il n'est sans doute pas un de nous qui ne leur ait dû quelques sensations désagréables et même quelques mauvaises nuits. C'est une chose à laquelle il faut penser surtout chez les petits enfants que l'on voit inquiétés et agités sans motif. En examinant la surface de leur corps, on verra de petites hémorragies punctiformes caractéristiques, et plus souvent encore de petits groupes érythémateux ou ortiés, et on trouvera dans les langes ou les chemises examinés avec soin la cause du mal. Ces petites lésions méritent à peine d'être traitées, quoique chez des sujets prédisposés les puces puissent provoquer et entretenir des poussées d'urti-

caire. Wood a même vu de légères élévations de température succéder à des piqûres multiples. Les soins de propreté, le changement de linge, quelques poudres inertes, une pommade innocente quelconque suffisent.

B. — TRAITEMENT

Le vrai traitement doit être préventif : il faut se préserver des puces et les détruire. Nous ne voulons pas enseigner ici l'art de prendre les puces, mais il ne nous semble pas inutile d'indiquer quelques moyens de s'en préserver.

On attrape ces insectes un peu partout, dans les omnibus, les théâtres, les églises, les foules; on les attrape même chez soi si on a des chiens. Aussi faut-il tenir ces animaux très propres, les laver et les savonner, les poudrer de soufre deux ou trois jours de suite en les tenant pour les empêcher de se secouer. On brûlera de temps en temps la paille des chenils. Les propriétaires de meutes que j'ai consultés ont peu de confiance dans les poudres insecticides; cela ne m'étonne plus depuis que, parcourant les montagnes, j'ai trouvé un industriel qui faisait récolter les fleurs de marguerite des prés par centaines de kilogrammes pour falsifier la poudre de pyrèthre.

Les tissus duveteux, flanelles, molletons, couvertures de laine où les mouvements sont gênés par la finesse et la multiplicité des brins constituent de vrais pièges à puces. Une religieuse qui visite les pauvres et les malades m'a appris qu'elle garnissait de molleton le bas de ses jambes et le tour intérieur de ses jupes; elle fait ensuite dans ce tissu d'abondantes récoltes.

Mentionnerai-je le procédé de l'école de Rome qui me fut enseigné par un peintre éminent? Il consiste à se mettre nu dans une chambre où il y a des puces, et quand elles vous sautent aux jambes à appliquer vivement une boulette d'argile ou de cire à modeler.

II

Piqûres de punaises.

A. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La punaise des lits (*Cimexa lectularius*) est un insecte de couleur rougeâtre, plat, sentant mauvais surtout quand on l'écrase et qui appartient à l'ordre des hémiptères hétéroptères de la tribu des Géogorises. Sa bouche est munie d'une trompe raide qui cause de plus sérieuses lésions que le suçoir des puces. La petite piqûre s'accompagne souvent d'urticaire, de prurigo, d'une zone inflammatoire; elle est le siège d'un vif prurit et peut devenir le point de départ de véritables excoriations ou ulcérations. Les otologistes ont cité des faits de punaises fixées au tympan où elles étaient la cause de douleurs intolérables. Avant l'occupation russe, il existait dans la capitale du Turkestan une tour des punaises où l'on enfermait certains condamnés qui y mouraient au bout de quelques semaines rongés de plaies et d'ulcères.

Les punaises habitent les bois de lit, les interstices des planches et des murs; j'en ai vu s'insinuer sous les bandages inamovibles; elles sortent la nuit pour se nourrir et rentrent au jour dans leur gîte; si pourtant on se couche dans la journée, elles savent fort bien trouver leur victime; on dit même qu'elles ont l'astuce de grimper au plafond, le long des murs et de se laisser choir sur les lits.

Les grandes manœuvres, les pèlerinages, les simples excursions et les nuits passées dans les auberges sont une occasion de les rencontrer.

B. — TRAITEMENT

Il est généralement facile de guérir les lésions consécutives à leurs morsures. Les soins de propreté, les bains simples ou

amidonnés, les lotions avec de l'eau additionnée de *vinaigre*, d'*eau de Cologne*, d'*acide phénique*, c'est tout ce qu'il faut. De petites ulcérations peuvent exiger en plus le séjour au lit et quelques pansements, mais cela est rare.

Il est plus difficile de se débarrasser des punaises qui ont envahi un appartement, une chambre ou un lit. Le petit passerage, cresson des ruines (*Lepidium ruderale*) les attire, dit-on, et permet de les rassembler et de les détruire.

Dans le Midi de la France, Lyon est déjà du Midi, on a mis à profit cet instinct qu'ont les punaises de se loger dans les interstices du bois, et on place sous les matelas ou les oreillers, des claies en osier tressé dites *bardanières*, les punaises s'appelant des *bardanes;* le matin on va secouer ces claies sur le palier et on écrase les punaises. Cela se fait encore dans les quartiers ouvriers; souvent il faut démonter les bois de lit, enduire les joints de *pétrole*, d'*essence de térébenthine*, de *décoction forte de tabac*.

Deux fois pour débarrasser un appartement envahi par les punaises j'ai conseillé de faire brûler du *soufre*, les portes et fenêtres étant closes et les issues fermées par de la colle d'amidon et du papier. Après 24 heures le résultat était complet et définitif.

III

Poux.

Les poux sont des insectes parasites aptères qui n'ont que trois paires de pattes. Les espèces en sont nombreuses. L'homme est en proie à trois de ces espèces : le pou de tête, le pou du pubis, le pou de corps. Le pou des cachectiques, *Pediculus tabescentium*, n'est qu'une variété du pou de corps. Nous ne croyons plus que « la chair se tourne en poux », et nous savons que ces insectes viennent d'autres poux et naissent par des œufs. Les faits légendaires où l'on nous représente des serviteurs constamment occupés à recueillir et à

détruire les poux de personnages illustres n'en gardent pas moins un réel intérêt en montrant à quel degré de misère peut conduire, même en ces choses simples, l'absence de soins judicieux.

A. — POUX DE TÊTE

1° Considérations générales.

Le pou de tête, *Pediculus capitis*, habite presque exclusivement la chevelure et quelquefois la barbe; il dépose ses œufs sous forme de *lentes* à la base des poils. Ce pou est le seul qui, dans le peuple, jouisse, malgré ses méfaits, d'une bonne réputation. C'est dicton courant dans le Midi de la France que les poux sont la santé des enfants, et j'ai entendu dire en Bretagne que le pou est sain.

Il ne faut pas montrer trop de dédain pour les croyances populaires. L'estomac décroché, par exemple, a trouvé sa formule scientifique dans la théorie des ptoses de Glénard; mais j'avoue avoir cherché en vain les bienfaits du pou de tête. Je les ai vus être une cause de prurit et d'insomnie, de dépérissement, d'impétigo fétide suintant ou granulé, localisé surtout à la nuque, d'engorgements et d'abcès ganglionnaires ou cutanés. Je les ai même accusés, avec de bonnes preuves, de favoriser le développement du favus en fournissant aux spores un terrain humide qui les fixe et permet leur premier développement.

Le pou de tête se trouve surtout chez les enfants; la fréquentation des écoles est une cause de sa propagation, comme de tout ce qui est contagieux, mais on peut le rencontrer à tout âge. Les maladies, blessures, en faisant négliger ou en rendant difficiles les soins de propreté, favorisent son extension. On le voit pulluler quelquefois sous les minerves plâtrées destinées à immobiliser la tête.

2° Traitement.

Il faut détruire les poux et traiter les lésions qu'ils provoquent. Le peigne et surtout le peigne fin est l'instrument par excellence du traitement préventif et même curatif dans les cas simples. Mais quand les poux sont abondants, que les cheveux sont collés par l'humeur impétigineuse, couverts de croûtes ou de lentes, le peigne devient insuffisant et cède la place aux ciseaux.

Ici encore il faut distinguer. Chez les garçons et les petites filles, rien ne vaut la coupe des cheveux suivie de lotions savonneuses et légèrement antiseptiques, de pommades variées au *calomel* à 1 sur 30, à l'*acide borique*, à l'*oxyde de zinc*, au *sulfate de cuivre* à 1 sur 30, etc., etc. Les cataplasmes arrosés d'*huile*, le *bonnet de caoutchouc*, sont souvent utiles pour apaiser l'inflammation, détacher les croûtes et favoriser la section des cheveux à la base. Pour les grandes filles et les femmes, on peut bien sacrifier quelques touffes plus compromises, mais il faut conserver la chevelure. J'avais essayé dans ce but les vapeurs de *sulfure de carbone* sous un bonnet de coton, mais au bout de quelques secondes les douleurs sont intolérables; l'*essence de térébenthine* employée de même est bien tolérée et réussit bien.

Les *poudres insecticides*, quand elles sont bonnes, rendent aussi des services pour cette destruction préalable des poux. Là encore les cataplasmes, les onctions huileuses permettent de ramollir les croûtes et de les détacher plus facilement avec le peigne. Plus tard les pommades indiquées ci-dessus trouvent leur emploi. On arrive avec un peu ou beaucoup de patience à détacher les lentes en mouillant les cheveux avec du *vinaigre chaud* qui ramollit la chitine et en se servant d'un peigne métallique à dents serrées.

B. — POUX DU PUBIS

1° Considérations générales.

Le pou du pubis, *Pediculus pubis*, *morpion*, habite surtout le pubis, mais on le trouve aussi sur les poils des membres, du tronc, des aisselles, et même chez les enfants à la périphérie du cuir chevelu. Plusieurs faits de phtiriase des paupières ont été signalés dans ces dernières années, surtout chez les enfants (Jullien). En présence d'une blépharite rebelle, il faut toujours penser à la possibilité de cette localisation et explorer soigneusement le bord palpébral à la loupe.

Le pou du pubis, propagé par les prostituées et les femmes galantes, se rencontre dans un milieu social plus élevé que le pou de tête ou le pou de corps. Il est le point de départ d'un prurit d'intensité variable qui n'est pas en rapport avec l'abondance des parasites, et d'éruptions prurigineuses. On a vu les excoriations qu'il provoque être suivies de gangrène du scrotum, et Gemy a cité un fait de verrues scrotales devenues horriblement prurigineuses et pullulantes à la suite d'une invasion de morpions. Ils sont encore la cause unique des taches bleues ou taches ombrées dont on faisait autrefois un symptôme de fièvre typhoïde. Ce fait était connu dès 1868, à l'école de médecine de Toulon, par le professeur Falot et ses élèves; il ne fut publié que dix ans plus tard. Duguet a beaucoup ajouté à l'intérêt très réel de la question, en démontrant que l'inoculation à la lancette d'une purée de morpions produit ces taches, et que cette propriété appartient exclusivement au segment thoracique supérieur où se trouvent les glandes salivaires.

2° Traitement.

L'*onguent gris* est un moyen populaire et très efficace. Quand on l'emploie, il importe, pour éviter les accidents d'irritation locale et d'absorption, de ne le laisser en place

que quelques heures (Besnier) et de l'enlever par des *lotions savonneuses* et un *bain*. On peut répéter ces applications plusieurs jours de suite. Les *lotions alcooliques* aqueuses ou *vinaigrées* de *sublimé* à 1 p. 300, les *pommades* ou *huiles naphtolées* au dixième, sont utiles. A ces divers moyens, nous préférons la *pommade camphrée* que l'on peut appliquer largement et qui constitue un moyen inoffensif propre et très efficace (Cordier).

Les *bains sulfureux* ou les *bains de sublimé* à 10 grammes ou 20 grammes par bain sont des adjuvants très utiles.

Pour les *paupières*, les pommades au *calomel* au dixième, à l'*oxyde jaune de mercure* au quarantième, la *pommade camphrée* de préférence; mais rien ne vaut l'extraction patiente, avec une pince à griffes, des poux et des lentes. Quelques malades se sont même très bien guéris en se servant simplement de leurs ongles.

C. — POUX DE CORPS

1° Considérations générales.

Les poux de corps (*Pediculi corporis seu vestimentorum*) habitent surtout les vêtements et y déposent leurs œufs, mais ils vivent de notre peau et c'est là qu'on les surprend quelquefois, placés obliquement, la tête enfoncée dans un follicule dont ils aspirent le sang. Tilbury Fox a décrit comme signe caractéristique de leur présence une dépression circulaire punctiforme de la dimension d'une tête d'épingle, circonscrite par un bord net dû au follicule dilaté, avec petit point de sang coagulé au centre.

Ce pou cause un vif prurit, du grattage, des excoriations qui peuvent s'envenimer et être le point de départ d'abcès, de lymphangites, d'adénites. Ces lésions peuvent se rencontrer partout, mais ont pour siege d'élection les épaules, le cou, la ceinture. Les traînées de grattage se pigmentent souvent, mais il est des cas décrits sous le nom de mélanodermie parasitaire,

phtiriasique, de maladie des vagabonds, où la teinte bistre et même noire de la peau se généralise, où cette teinte pigmentée envahit même les muqueuses au point de faire penser à une maladie d'Addison. L'erreur est d'autant plus facile, si l'on n'est pas prévenu, que souvent ces pouilleux sont misérables et cachectiques.

2° Traitement.

Par l'*alimentation*, les *toniques*, la propreté, le passage nécessaire des vêtements à l'*étuve* ou à la *vapeur de soufre*, on guérit assez facilement les malades qui ne sont pas dans un état cachectique trop avancé, même ceux qui ont des mélanodermies étendues. Les *bains sulfureux* ou de *sublimé*, les *pommades phéniquées* à 2 p. 100, les *pommades naphtolées* à 5 ou 10 p. 100, la *pommade camphrée* sont des moyens utiles. Mais le malade rentré chez lui retrouve sa misère, son taudis malpropre, les poux de son lit ou de sa paille. Il faudrait non seulement nettoyer le malade et désinfecter ses vêtements, mais *désinfecter* aussi sa chambre. Les poux, en effet, peuvent croître et multiplier hors de la surface de la peau. Trousseau raconte l'histoire curieuse et un peu oubliée de l'invasion de la boutique d'un grainetier par des milliers de poux qui s'étaient multipliés dans un sac de son[1].

1. Trousseau. — *Traité de thérapeutique*, article Mercure.

CHAPITRE XXVII

TRAITEMENT DE LA GALE

PAR

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

I

Considérations générales.

Cette dermatose peut être considérée comme un type de maladie parasitaire. On sait en effet, d'une part, qu'elle a pour condition *sine qua non* l'invasion de l'épiderme par un être vivant, l'*acarus scabiei*, et que, d'autre part, elle se traduit cliniquement, non seulement par le sillon que creuse dans l'épiderme la femelle de l'insecte, mais aussi par diverses lésions inflammatoires dont les causes prochaines sont l'action mécanique du parasite et l'action irritative des produits qu'il sécrète : l'étendue et les caractères de ces lésions secondaires varient essentiellement avec le nombre des acares et surtout avec le mode de réaction variable des sujets.

Les sillons présentent à considérer : une porte d'entrée, constituée, soit par une dépression infundibuliforme de l'épiderme, soit par une vésicule; un trajet, le plus souvent un peu flexueux et ponctué, dans lequel l'épiderme est légèrement soulevé; une extrémité terminale ou queue, au niveau de laquelle l'on peut distinguer parfois un point brillant et

réfringent qui n'est autre que l'acare. Il est facile de l'en extraire en dissociant l'épiderme avec la pointe d'une aiguille; on y trouve en même temps les œufs et les fèces de l'animalcule. Assez fréquemment, il se développe, sur le trajet du sillon, une pustule qui le masque en partie. Dans certaines régions, le sillon s'accompagne constamment de lésions irritatives; elles consistent le plus souvent en une élevure avec rougeur et induration du derme sur son trajet; cette élevure peut être allongée suivant la direction du sillon; il en est habituellement ainsi au-devant des aisselles; d'autres fois, elle est papuleuse. C'est sous cette forme que se présentent les lésions si fréquentes du prépuce et du gland.

Le nombre des sillons varie beaucoup suivant les cas : ce n'est parfois qu'avec beaucoup de peine qu'on arrive à en trouver un dans une région qui en est habituellement exempte; d'autres fois, ils sont nombreux dans les lieux d'élection.

Les altérations secondaires peuvent être de nature très diverse : les plus fréquentes sont l'altération papulo-croûteuse que Besnier appelle eczéma papuleux et à laquelle nous préférons maintenir le nom de prurigo, que lui donnait Hardy, car il nous paraît répondre à ses caractères cliniques; souvent aussi l'on observe de l'eczéma vésiculeux, croûteux ou squameux, des pustules d'ecthyma, des lichénifications, parfois des bulles, et, comme complications, des lymphangites, des abcès cutanés ou sous-cutanés, et des adénopathies qui peuvent suppurer.

Ces altérations prédominent dans les lieux d'élection de la maladie, mais on peut les voir s'étendre à la plus grande partie de la surface du corps; la tête demeure indemne, du moins dans la gale vulgaire de nos pays; car dans le cas de gale équine que Besnier a fait connaître récemment, toute la surface du corps était envahie.

Le symptôme dominant de la gale est le prurit; il est remarquable par les exaspérations vespérales et nocturnes qu'il présente le plus habituellement; Besnier signale un pru-

rit inconscient dans lequel les malades se grattent sans y être provoqués par des sensations prurigineuses.

Les éruptions secondaires s'effacent généralement en peu de jours après la destruction du parasite ; exceptionnellement elles peuvent persister et mériter ainsi la dénomination de *paragaleuses*, que leur a données Leloir : elles se présentent le plus souvent sous la forme d'eczéma ou d'ecthyma.

II

Indications thérapeutiques.

L'indication essentielle, dans cette maladie, est, en toute évidence, de tuer la parasite. Les médicaments efficaces ne manquent pas; le médecin doit faciliter par des moyens mécaniques leur action sur l'acarus, particulièrement sur la femelle et ses œufs cachés dans les sillons ; il lui faut en outre s'adresser à des agents qui, tout en ayant une action certaine sur l'acare, ne provoquent pas une irritation nuisible du tégument; il doit également avoir en vue les éruptions diverses qu'a pu entraîner la présence de cet agent et enfin combattre directement, dans certains cas, les troubles fonctionnels qui durent généralement jusqu'à la destruction de l'animalcule et peuvent exceptionnellement, comme les éruptions secondaires, persister après lui. Les indications sont donc fournies *par la cause*, *par les lésions* et *par les symptômes*.

A. — INDICATIONS FOURNIES PAR LA CAUSE

Les parasiticides susceptibles d'être employés contre l'acare sont nombreux; il importe de les bien choisir et aussi de mettre en œuvre un traitement préventif utile pour leur permettre d'agir directement sur les acares. Les lieux d'élection des sillons sont les mains, et plus particulièrement les espaces inter-digitaux, la face palmaire des poignets, la partie posté-

rieure des coudes, le devant des aisselles, le pénis, les mamelons chez la femme, le nombril, les fesses et les hanches, la plante des pieds ainsi que leur face interne ; et enfin les régions dans lesquelles l'épiderme est épaissi anormalement par des irritations réitérées, telles que la ceinture dans les deux sexes, les épaules chez les portefaix, le devant des genoux chez les religieux, etc. L'acare peut ainsi échapper à l'action des moyens qui n'agissent que superficiellement sur l'épiderme, car ses sillons intra-épidermiques pénètrent souvent jusque dans les cellules du corps muqueux de Malpighi; il en est ainsi par exemple des *bains sulfureux :* ils détruisent les parasites qui séjournent à la surface de l'épiderme (ce sont surtout les acares mâles); les femelles, au contraire, et particulièrement leurs œufs, profondément enfouis, leur restent inaccessibles, et la maladie, après une amélioration passagère, récidive bientôt au bout d'un septénaire, temps nécessaire au développement de nouveaux acares.

Il est donc indiqué de mettre à nu la cavité de ces sillons : on y parvient en frottant énergiquement les parties indiquées précédemment avec du *savon mou de potasse*, d'abord à l'air libre, puis dans un bain qui a pour effet de ramollir l'épiderme.

C'est seulement après cette première friction, dont les deux temps doivent être prolongés chacun durant vingt minutes, qu'il y a lieu régulièrement de pratiquer la *frotte* avec l'agent parasiticide que l'on a choisi. Elle doit porter sur toute la surface du corps, mais plus particulièrement sur les lieux d'élection des acares.

Le plus souvent, on a recours à une préparation *soufrée ;* les plus usitées sont celles dans lesquelles, suivant la formule d'Helmerich, le *carbonate de potasse* est associé au soufre dans le but de dégraisser et de ramollir l'épiderme et de favoriser ainsi la pénétration de ce médicament. Celle que l'on emploie à l'hôpital Saint-Louis, depuis l'époque où Hardy y a institué le traitement rapide de la gale, renferme un sixième de soufre

et un douzième de carbonate de potasse ; l'excipient est l'*axonge;* on peut la remplacer par la *vaseline*, associée ou non à la *lanoline*, ou mieux par la *résorbine* et l'aromatiser avec le *menthol*. D'après Fournier, il est préférable de réduire encore ces proportions ; il s'est assuré qu'une pommade renfermant un douzième de soufre et un vingt-cinquième de carbonate de potasse est suffisamment active. Besnier recommande de pratiquer les frictions savonneuses et médicamenteuses avec une brosse à main un peu large : on peut, par ce procédé, abaisser de moitié la dose de carbonate de potasse.

A l'hôpital Saint-Louis, on recommande aux malades de garder cette pommade jusqu'au lendemain matin et de prendre alors seulement un *bain savonneux ;* en ville, on peut n'exiger qu'un délai d'une demi-heure.

Ce traitement suffit, dans les neuf dixièmes au moins des cas, à détruire tous les acares et à amener ainsi la guérison de la maladie à brève échéance; au bout de peu de jours, chez la grande majorité des sujets, les éruptions secondaires disparaissent spontanément ou sous l'influence d'un traitement approprié ; il faut cependant attendre un septénaire avant d'affirmer la guérison; car, ainsi que nous l'avons indiqué déjà, de nouveaux acares peuvent se développer après ce laps de temps si une femelle ou ses œufs ont échappé au traitement; il faut alors revenir une seconde fois aux mêmes moyens.

Des formules très diverses de préparations soufrées ont été proposées; les plus employées ont été les suivantes :

POMMADE DE WILKINSON MODIFIÉE PAR HEBRA :

℞ Fleur de soufre		
Huile de hêtre	àà. . . .	20 grammes.
Savon vert		
Axonge	àà. . . .	80 —
Craie blanche pulvérisée		5

M. s. a.

POMMADE DE BOURGUIGNON :

℞ Glycérine		200 grammes.
Fleur de soufre		100 —
Carbonate de potasse		35 —
Gomme adragante		5 —
Huile de lavande,		
— de menthe	âà	1gr,50
— de caryophyllée		
— de cinnamome		

M. s. a.

Cette préparation a l'inconvénient de coûter fort cher. Besnier l'atténue en substituant le menthol aux huiles essentielles.

Pour les cas où les frictions sont impraticables, on peut simplement recouvrir la surface du corps de vaseline, que l'on saupoudre avec le soufre; ce moyen a réussi plusieurs fois, mais il ne saurait être adopté pour la généralité des faits; car l'action du médicament ainsi administré sur les acares et leurs œufs contenus dans les sillons est bien incertaine.

En Belgique, à l'hôpital Saint-Pierre de Bruxelles, on remplace la pommade par la solution suivante, formulée par Vleminckz.

℞ Chaux vive	100 grammes.
Soufre sublimé	250
Eau	1 litre.

Dissolvez.

Elle est appliquée avec une brosse de crin assez souple; pendant cette opération, le malade est exposé à l'action d'un feu assez vif pour que la dessiccation du liquide se fasse rapidement et laisse le sulfure incrusté dans les sillons. (De Smet.)

Tout récemment, Jullien a préconisé, après Peters, Burckardt, Nothnagel et Rossbach et Tanturri, comme aussi efficace que le soufre, le *baume du Pérou;* il l'applique pur avec un pinceau sur toute la surface du corps et frotte sans violence; très volatil, ce baume pénètre dans les sillons sans qu'il soit nécessaire de les déchirer; un bain de propreté est donné le lendemain; plus de 300 malades ainsi traités ont guéri

radicalement. Le même médicament a été employé par Kaposi et Feulard sous forme de pommade; la formule suivante a été particulièrement recommandée :

℞ Résorbine	100	grammes.
Alcool	4	—
Baume du Pérou	15	—
Acide benzoïque	0,75	cent.
Huile de girofle	II	gouttes.

M. s. a.

L'action irritante du baume du Pérou est nulle; mis en rapport direct avec les acares, il les tue au bout de 10 à 30 minutes. Mais il faut savoir qu'un cas de mort par l'usage externe de ce médicament a été publié (Bernouilli) et que, d'autre part, on l'a vu, quand il est impur, provoquer de la cystite avec coloration noire de l'urine. Il ne doit donc être employé qu'avec une grande circonspection.

Les diverses préparations soufrées que nous avons énumérées ne peuvent être, non plus que les frictions avec le savon de potasse, pratiquées dans les cas où la gale se complique, soit par le fait d'un traitement trop tardif ou mal approprié, soit en raison d'une diathèse ou d'une idiosyncrasie, d'une dermite eczémateuse ou de suppurations étendues ; il faut alors renoncer au traitement rapide et recourir à des parasiticides moins actifs, moins irritants; il en est de même chez les jeunes enfants.

Kaposi emploie avec succès la préparation suivante :

℞ Axonge	100	grammes.
Savon vert	50	—
Naphtol	15	—
Craie blanche pulvérisée	10	—

M. s. a.

La présence du savon vert rend encore cette pommade irritante; Besnier l'a modifiée ainsi qu'il suit :

℞ Naphtol	5 à 15	grammes.
Éther sulfurique	Q. s. pour dissoudre.	
Menthol	0gr,25 à 1	gramme.
Vaseline	100	grammes.

M. s. a.

On peut, dans les mêmes conditions, se servir avec avantage d'*huile d'amandes douces* associée à une préparation de *styrax* qui peut varier du tiers au vingtième, ou d'*huile mentholée*.

Weinberg associe le styrax au soufre dans la formule suivante :

℞ Styrax		
Fleur de soufre	ââ	20 grammes.
Craie préparée		20 —
Axonge		
Savon noir	ââ	40 —

M. s. a.

On a préconisé les frictions avec le *pétrole*, et Constantin Paul a formulé un savon ayant pour principe actif ce même produit ; ces préparations ont l'inconvénient d'être irritantes pour certains sujets.

Nous n'avons pas généralement d'effet fâcheux en associant au pétrole deux parties d'huile d'amandes douces, et l'on éloigne ainsi les dangers de combustion.

Lorsque l'irritation est excessive et contre-indique l'usage des agents que nous venons de passer en revue, on peut commencer le traitement par l'enveloppement avec des compresses imprégnées d'une *décoction de semences de staphysaigre*, d'*ellébore*, ou de *baies de laurier*.

On a recommandé encore l'*hyposulfite de soude*, la *térébenthine*, l'*acide benzoïque*, le *goudron*, l'*acide phénique*, la *créoline*, l'*iodoforme*, l'*iodure de soufre*, la poudre de *staphysaigre*, les *huiles de caryophyllée*, de *girofle*, de *romarin*, de *menthe*, de *lavande*.

L'*onguent citrin* est efficace, mais dangereux en raison de son action irritante et des accidentspossibles de mercurialisme.

Ces divers agents ont pour effet de détruire, sinon la totalité, du moins la plus grande partie des acares : dès lors, les lésions d'irritation secondaire rétrocèdent et l'on pourrait arriver à la guérison complète en continuant les mêmes moyens ; mais il est, à tous égards, préférable d'en venir, dès

que l'état du tégument s'est suffisamment amélioré, aux agents plus actifs, c'est-à-dire au soufre ou au naphtol; nous avons même l'habitude d'y avoir recours dès le début dans les cas compliqués, en n'épargnant que les parties irritées.

Les faits de Jullien conduiraient à modifier de fond en comble ces pratiques et à employer constamment, dans ces cas compliqués, comme dans les autres, le traitement par le baume du Pérou s'il ne pouvait être dangereux.

Une frotte suffit le plus souvent pour détruire les acares; le traitement doit être renouvelé si de nouveaux sillons apparaissent. Les acares peuvent séjourner dans les vêtements des malades ou les draps dans lesquels ils ont couché; il importe de prescrire la désinfection par l'étuve des vêtements portés depuis le début des accidents, le lessivage des linges et la destruction des gants.

Il est essentiel également de rechercher la maladie chez les sujets qui ont été et restent en rapports intimes avec l'individu contaminé; tous les membres atteints d'une même famille doivent être traités simultanément sous peine de voir de nouvelles contagions amener la persistance des accidents.

Les acares provenant d'*animaux domestiques* ne creusent pas de sillons; aussi en a-t-on facilement raison le plus ordinairement avec quelques *bains sulfureux;* il n'en a pas été ainsi cependant dans une variété de gale d'origine équine observée par Besnier en 1892 : ses éruptions, généralisées et d'une intensité exceptionnelle, n'ont cédé qu'à un traitement prolongé.

B. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES LÉSIONS

On y répond surtout en s'attaquant, comme nous venons de l'indiquer, à la cause du mal; il y a lieu cependant de traiter par d'autres moyens certaines d'entre elles qui peuvent avoir leur évolution propre, persister après la destruction des acares et mériter ainsi la dénomination de *para-galeuses*

que leur a donnée Leloir[1]. Il en est ainsi particulièrement de l'eczéma et des pyo-dermites.

1° L'eczéma peut présenter un degré d'acuité tel qu'aucun parasiticide ne peut être toléré par les parties qui en sont le siège; on devra le combattre par des applications, soit de poudre de *talc* renfermant un dixième d'*oxyde de zinc*, soit de compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles et imprégnées d'eau bouillie que l'on peut, si l'irritation n'est pas très vive, additionner d'un trentième d'*acide borique*.

S'il s'agit au contraire d'un eczéma subaigu ou chronique, on pourra recourir avec avantage à un pansement avec la pommade suivante :

℞ Résorcine		20 grammes.
Poudre de talc	} âà	6 —
Oxyde de zinc	}	
Acide salicylique		0gr,50

M. s. a.

ou avec cette autre qui a été préconisée par Veiel et donne souvent d'excellents résultats :

℞ Résorbine	30 grammes.
Tannin	1gr,50
Huile de cade	0gr,30

M. s. a.

Elle est particulièrement applicable aux cas dans lesquels l'éruption prend un caractère lichénoïde.

Concurremment, l'usage des *bains prolongés* pourra rendre des services.

2° Les pustules d'ecthyma, les folliculites suppurées, les tournioles seront ouvertes, et, après évacuation de leur contenu, on appliquera sur leur orifice, soit des rondelles d'*emplâtre rouge au minium et au cinabre* (formule de Vidal) pour les isoler tout en exerçant sur elles une action antiseptique, soit de l'ouate imprégnée d'*huile phéniquée* au dixième.

Ce dernier topique sera avantageusement employé dans

1. Leloir. — *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1895.

le traitement des furoncles qui très exceptionnellement peuvent survenir en pareils cas.

C. — INDICATIONS FOURNIES PAR LES SYMPTÔMES

Le seul trouble fonctionnel que l'on ait à considérer est généralement le prurit; il peut s'y joindre exceptionnellement un état vésanique; on peut observer également de l'albuminurie. Ici encore le traitement de la cause est de beaucoup le plus important. Dans les cas simples, l'action parasiticide est obtenue avec une rapidité telle qu'il n'y a pas lieu de s'occuper du prurit : il cesse de lui-même dès que les acares ont été détruits.

Les choses ne se passent pas cependant toujours aussi simplement. Lorsque l'irritation est telle que le traitement rapide ne peut être mis en jeu, le prurit persiste jusqu'à la destruction complète du parasite, et celle-ci ne peut être obtenue qu'en plusieurs jours : ce symptôme redevient alors par lui-même une source d'indications thérapeutiques. Les applications locales ne pourront malheureusement être d'un grand secours, car celles qui pourraient être efficaces ont l'inconvénient d'être irritantes. Les émollients et les bains prolongés pourront cependant amener du soulagement; mais on devra, concurremment, s'adresser aux médicaments internes et particulièrement combattre l'insomnie qui résulte de ce trouble fonctionnel par les *opiacés*, le *chloral*, le *sulfonal* ou le *trional*.

Il peut arriver que le prurit persiste pendant plusieurs semaines après la destruction des acares : il est alors le plus souvent circonscrit aux régions qu'occupaient les sillons, mais il peut aussi se généraliser : Leloir en fait alors, à juste titre, une dermato-neurose para-galeuse.

On peut, en pareils cas, conseiller avec avantage des applications de vaseline contenant un cinquantième d'*essence de menthe* et d'*huile de boulecu;* le *baume du commandeur*, additionné d'un trentième de *menthol*, exerce de même une action des plus favorables.

L'état vésanique, qui se caractérise chez certains sujets par la certitude de n'être pas guéris et la sollicitation incessante de nouveaux traitements, cède généralement quand le médecin, après un examen attentif, affirme qu'il n'y a plus de parasites; si cet état est lié, comme il arrive parfois, à une persistance anormale du prurit, il devient justiciable des moyens que nous venons d'indiquer.

L'albuminurie est habituellement passagère; elle doit cependant, si elle s'accompagne d'anasarque et si elle est abondante, être combattue par le *régime lacté;* les bains ne doivent être alors employés qu'avec réserve.

CHAPITRE XXVIII

TRAITEMENT DE LA PELLAGRE

PAR

E. GAUCHER ET C. BARBE

Professeur agrégé à la Faculté de Paris.
Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Chef du laboratoire de Dermatologie de l'hôpital Saint-Antoine.

I

Définition. — Caractères généraux et causes de la maladie.

Suivant la définition de Ch. Bouchard, la pellagre est une maladie générale, chronique, à exacerbations vernales, caractérisée par des troubles de l'appareil digestif et du système nerveux, et amenant, sous l'influence de l'insolation, un érythème (*érythème pellagreux*) localisé aux régions exposées directement aux rayons solaires.

Les *altérations du tube digestif* peuvent s'étendre depuis les lèvres jusqu'à l'intestin. La muqueuse buccale est sèche, gercée et fendillée. Les malades sont atteints de dyspepsie, de gastralgie, de pyrosis, de vomissements et quelquefois d'une boulimie tout à fait particulière. Plus constamment encore, ils sont affectés d'une diarrhée abondante, en rapport avec des ulcérations intestinales et qui devient véritablement colliquative à la période terminale de la maladie.

Les *symptômes nerveux* sont très variés et vont depuis la

céphalalgie et l'affaiblissement intellectuel jusqu'à la paralysie, ou plutôt à une parésie généralisée, ressemblant à la paralysie générale, et qui est sous la dépendance de lésions médullaires aujourd'hui bien connues. On observe aussi des vertiges, des troubles de la vue et des troubles intellectuels; dans certains cas graves, une monomanie spéciale, celle du suicide par submersion.

C'est au milieu de ce complexus symptomatique que se développe l'*érythème pellagreux*. Celui-ci, ainsi que l'a montré Bouchard, est un simple *érythème solaire*, produit sur une *peau rendue plus vulnérable par sa nutrition défectueuse*. Il apparaît vers l'équinoxe de printemps, à une époque où la lumière solaire, renfermant plus de rayons chimiques, est plus rubéfiante. Il siège exclusivement sur les parties découvertes : le dos des mains, la face, la partie découverte de l'avant-bras, le dos des pieds chez les ouvriers qui marchent pieds nus, le devant de la poitrine chez ceux qui ont habituellement leur chemise ouverte. Il s'arrête, sur toutes ces régions, juste aux points où commencent les vêtements; *il n'intéresse que la partie des téguments exposée directement aux rayons solaires.*

La cause première de la pellagre n'est pas connue. La maladie, bien que toujours semblable à elle-même, peut naître dans des conditions différentes, qui ont toutes, néanmoins, pour aboutissant commun, la déchéance de l'organisme.

C'est d'après ces conditions étiologiques différentes que les auteurs ont distingué plusieurs espèces de pellagre :

1° La pellagre endémique;

2° La pellagre sporadique;

3° La pellagre alcoolique;

4° La pellagre des aliénés.

On a voulu aussi considérer ces trois dernières formes, non comme des pellagres vraies, mais comme des *érythèmes pellagroïdes*. Cette opinion est inexacte, mais mérite d'être discutée. L'étiologie doit être, en effet, la base de toute thérapeutique.

Les médecins qui ont cherché à distinguer et à séparer les érythèmes dits pellagroïdes de la pellagre endémique sont ceux qui sont fidèles, inconsciemment peut-être, à l'opinion d'après laquelle la pellagre serait due à l'alimentation par le maïs ou à l'usage du maïs altéré. La vraie pellagre pour eux serait la *pellagre maïdique*.

Or, il est surabondamment prouvé aujourd'hui par Hameau (d'Arcachon), par Bouchard, par Hillairet, par beaucoup d'autres et par nous-même que le maïs, altéré ou non, n'est pas la cause de la pellagre. Il n'agit, dans la production de la maladie, que comme une alimentation *insuffisante ou défectueuse*.

Sans entrer dans des détails que ne comporte pas cet article, voici des preuves convaincantes :

A. — La pellagre endémique existe dans des pays où le *maïs ne pousse pas*, par exemple en Pologne[1].

B. — Dans les pays où on consomme du maïs, c'est surtout quand la récolte de l'année précédente est épuisée, quand les paysans sont obligés de manger du maïs qui n'est pas encore mûr, que la maladie se développe, parce que, dans ces conditions, la graine constitue une nourriture insuffisante[2].

C. — On peut éviter la pellagre, même en se nourrissant de maïs, pourvu qu'à cet aliment on ajoute un peu de vin ou un peu de viande, c'est-à-dire si l'on rend l'alimentation plus substantielle, plus réparatrice.

Par conséquent le maïs, *en tant que maïs*, n'est pas la cause de la pellagre; il constitue seulement une *nourriture inférieure et insuffisante*. La pellagre maïdique n'est donc pas une maladie spécifique.

D'autre part, ce qu'on a appelé les *pseudo-pellagres* ou les *érythèmes pellagroïdes*, la pellagre sporadique, la pellagre des aliénés, la pellagre alcoolique, présentent, bien qu'à un degré généralement moindre, les mêmes symptômes digestifs, les

1. Communications orales de M. Rembielenski et de Mlle Cheszanowska.

2. Communication orale du Dr Crezzulesco, ancien ministre de Roumanie, à Paris.

mêmes symptômes nerveux que la pellagre endémique, et nous ajoutons *les mêmes lésions :* lésions hépatiques, lésions intestinales, lésions médullaires,ainsi que l'un de nous l'a montré avec M. Sergent, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1895).

Ces diverses pellagres ou pseudo-pellagres sont donc des formes ou des degrés différents *de la même maladie*, mais ne peuvent être séparées comme des états morbides distincts.

En résumé, toutes les causes que nous venons de signaler : l'alimentation par le maïs, l'alimentation insuffisante ou défectueuse quelconque, l'alcoolisme, l'aliénation mentale, produisent la pellagre, et la même pellagre, par des procédés différents, je le veux bien, mais par des procédés qui, tous, ont pour résultat commun la déchéance physique ou mentale, la dépression de l'organisme. D'après cette conception, la pellagre est véritablement le *mal de misère*, suivant l'ancienne expression lombarde.

Les lésions anatomiques de la pellagre présentent les caractères des lésions d'origine toxique. Il est vraisemblable que toutes les causes déprimantes que nous venons d'invoquer, en troublant profondément la nutrition, déterminent des réactions cellulaires ou humorales, qui aboutissent à la formation de *poisons organiques autogènes.*

D'après cette conception, les lésions intestinales (ulcérations), hépatiques (dégénérescence graisseuse), médullaires (sclérose) de la pellagre seraient véritablement d'ordre toxique et dépendraient d'une auto-intoxication secondaire.

II

Traitement alimentaire et hygiénique.

D'après ce que nous venons de dire, d'après l'exposé des causes de la pellagre, on conçoit que cette partie du traitement est, de beaucoup, la plus importante.

Pour prévenir la pellagre, chez les populations qui vivent

de maïs, on recommandera la culture du *maïs quarantain*, qui pousse rapidement. On le sèmera de bonne heure, de façon à le récolter avant la saison des pluies ; on ne le récoltera que lorsqu'il sera arrivé à complète maturité. Les épis seront conservés à l'abri de l'humidité, ainsi que la farine qui résultera de la mouture des grains.

Si, malgré ces précautions, le maïs est altéré par le *verdet*, devient la proie du parasite, il faudra l'écarter de l'alimentation. On a proposé, pour détruire le champignon nuisible, le *sporisorium maïdis*, de faire bouillir les grains avariés à 120°, avec de la chaux vive, et de les dessécher ensuite au four. Mais cela ne suffit pas pour faire du maïs verdéramé un aliment convenable ; car, en dehors de l'action nocive, non démontrée, du verdet, le maïs altéré est surtout un aliment insuffisant, parce que le champignon siège près du hile du grain, dans sa partie azotée, qu'il détruit en se l'assimilant pour son compte.

Si cela est possible, pour compléter la prophylaxie de la pellagre, il faudra associer au maïs un peu de vin, un peu de viande et améliorer l'hygiène des populations, tout en rendant leur alimentation plus substantielle.

Ce traitement prophylactique est en même temps le traitement curatif de la pellagre maïdique, quand la maladie n'est pas trop avancée.

C'est également par une hygiène convenable, par une alimention réparatrice qu'on combattra la pellagre sporadique, la pellagre des aliénés, la pellagre alcoolique. Pour cette dernière, il faut, en premier lieu, supprimer la cause, c'est-à-dire l'abus de l'alcool.

III

Traitement médicamenteux.

Il comprend tous les médicaments toniques, stimulants et réparateurs : les préparations de *quinquina*, de *kola* ou de

coca, l'*alcool* (excepté chez les alcooliques), les préparations *martiales*, l'*acide arsénieux*, préconisé surtout par Lombroso, la *noix vomique* et la *strychnine*. A cette médication interne on ajoutera avantageusement des *bains sulfureux*, des *bains salés*, des *frictions* sèches ou excitantes pratiquées avec une teinture alcoolique quelconque, etc.

IV

Traitement des trois manifestations cardinales de la pellagre.

En dehors du traitement général de la maladie, les symptômes digestifs, les phénomènes nerveux et l'érythème pellagreux présentent des indications thérapeutiques particulières.

A. — Les *troubles digestifs* seront combattus par les médicaments appropriés.

Contre les vomissements, on donnera la *potion de Rivière*, la *glace;* contre le pyrosis, l'*eau de Vichy*, le *bicarbonate de soude*, l'*eau de chaux* médicinale. Le *régime lacté* sera utile dans la plupart des cas, aussi bien dans les troubles de l'estomac que dans ceux de l'intestin.

La diarrhée des pellagreux est justiciable des médicaments habituellement employés contre ce syndrome : les astringents, *tannin*, *extrait de ratanhia*, *cachou;* les préparations opiacées, *laudanum*, *élixir parégorique*, *extrait thébaïque*, *diascordium* et *thériaque;* le *sous-nitrate de bismuth;* les antiseptiques intestinaux, *salicylate de bismuth*, *benzo-naphtol*, *salol*, etc.; en dernier ressort, le *nitrate d'argent* à la dose quotidienne de un centigramme dans une pilule.

Nous avons quelquefois obtenu de bons résultats de pilules renfermant chacune un centigramme d'extrait thébaïque et dix centigrammes de tannin; cinq de ces pilules par jour; plus, une pilule de nitrate d'argent de un centigramme.

Mais il faut savoir qu'à la période ultime, quand l'intestin

présente des ulcérations, quand le foie est altéré, la diarrhée résiste à tout traitement.

B. — Les *symptômes parétiques ou paralytiques,* dépendant des lésions médullaires, sont très difficiles à traiter, car nous ne connaissons aucun médicament spécial qui puisse agir sur ces lésions. On en sera réduit à se servir des moyens communément employés dans toutes les scléroses médullaires, quelle que soit leur origine. L'*iodure de potassium* administré par la bouche, si l'estomac le permet, ou en lavement, le *sulfate de strychnine*, la révulsion sur la colonne vertébrale, sous forme de *pointes de feu*, les *frictions* générales excitantes, les *bains sulfureux* seront les procédés thérapeutiques auxquels il faudra avoir recours, mais qui ne pourront donner des résultats que si les lésions médullaires sont encore très peu avancées.

C. — Quant à l'*érythème pellagreux*, nous possédons plus d'action sur lui. Quand la maladie n'est pas invétérée, il suffit souvent de soustraire le malade à l'action des rayons solaires, pour voir disparaître les lésions cutanées. Les malades hospitalisés, que leur état général fait maintenir au lit ou à la chambre pendant quelque temps, guérissent assez rapidement de leur érythème. Mais la lésion cutanée reparaît dès qu'ils sont soumis de nouveau à l'action du soleil.

Chez ceux qu'on ne peut hospitaliser, il faut protéger les régions habituellement découvertes, les mains, les pieds, la poitrine avec des gants, des chaussures, des vêtements bien fermés, la figure au moyen de chapeaux à larges bords.

En même temps, pour calmer l'inflammation cutanée, l'irritation des téguments et la cuisson douloureuse qui en résulte, on fera des applications émollientes (compresses d'*eau de guimauve boriquée*) sur les régions érythémateuses.

Les *ulcérations et les fissures*, qui compliquent toujours au bout d'un certain temps l'érythème pellagreux, seront pansées avec des pommades antiseptiques et calmantes, par exemple avec de la *vaseline boriquée* au dixième et *cocaïnée* au centième. Il faut se méfier des antiseptiques plus forts,

tels que l'*iodoforme* et surtout le *salol*, qui augmentent quelquefois l'inflammation cutanée et déterminent des éruptions artificielles.

Tels sont les principaux moyens à employer; mais il est bien évident que tout traitement général et toute médication locale n'auront chance de réussir que dans les pellagres au début. Quand l'économie est profondément altérée, quand l'intestin est ulcéré, quand le foie est en dégénérescence graisseuse, quand la moelle est sclérosée, aucune thérapeutique ne peut triompher de cette déchéance totale de l'organisme.

Comme conclusion de cet aveu d'impuissance, nous ne saurions trop insister sur la nécessité de la *prophylaxie* d'une maladie qu'il est si difficile de guérir, quand on l'a laissée se développer; d'autant plus que cette prophylaxie est facile, elle est toute dans des mesures d'hygiène. Il suffit d'améliorer l'alimentation des populations en proie à la pellagre pour prévenir la maladie et même pour la faire rétrocéder si elle est encore à son début.

TABLE DES MATIÈRES

TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Traitement des lichens, par E. Gaucher et C. Barbe.

Pages.

I. *Divisions*. 1

II. *Lichen simple aigu et chronique* 2

A. Lichen aigu, p. 2.
B. Lichen chronique, p. 3.

III. *Lichen ruber* 4

IV. *Lichen scrofulosorum*. 6

V. *Lichen pilaire*. 6

CHAPITRE II

Traitement des prurits et des prurigos, par R. Du Castel.

I. *Considérations générales* 8

II. *Traitement des prurigos simples ou de Willan, des prurits généralisés ou étendus*. 30

A. Indications thérapeutiques générales et régime, p. 30.
B. Traitement interne, p. 32.
C. Traitement externe, p. 38.

1° Lotions, p. 38. — 2° Pommades, p. 41. — 3° Poudres, p. 43. — 4° Bains, p. 44. — 5° Douches, p. 46. — 6° Fumigations, p. 46. — 7° Enveloppements, p. 46. — 8° Électricité, p. 48. — 9° Vêtement, p. 49.

10° Prurit compliqué de lésions eczématiformes ou lichénoïdes, p. 49. — 11° Prurit d'hiver, p. 49. — 12° Prurit des vieillards, p. 50.

Pages.

III. *Traitement des prurits localisés* 50

(Colles, p. 55. — Emplâtres, p. 59.)

A. Prurit anal, p. 64.
B. Prurit vulvaire, p. 66.
C. Prurit génital de l'homme, p. 67.

IV. *Traitement des prurigos composites, des prurigos diathésiques.* . 69

CHAPITRE III

Traitement des dermatites exfoliatrices, par E. Leredde.

I. *Considérations générales* 78

A. Dermatite exfoliatrice aiguë ou érythème scarlatiniforme, p. 79.
B. Dermatite exfoliatrice subaiguë ou maladie de Wilson, p. 79.
C. Dermatite exfoliatrice chronique, p. 79.
D. Dermatite exfoliatrice avec atrophie ou pityriasis rubra de Hebra, p. 79.

II. *Pathogénie* 80

III. *Traitement* 83

CHAPITRE IV

Traitement des acnés, par H. Hallopeau.

I. *Considérations générales* 87

II. *Étiologie générale* 88

III. *Caractères cliniques* 92

A. Acné vulgaire, p. 92.
B. Acné menstruelle, p. 97.
C. Acné pilaire, p. 97.
D. Acné rosacée ou érythémateuse. Acné télangiectasique. Couperose. Acné hypertrophique et rhinophima, p. 99.
E. Acnés cornées, p. 102.
F. Acnés chéloïdiennes, p. 105.
G. Dermatite papulo-pustuleuse agminée de la face, p. 105.
H. Acnés médicamenteuses, p. 105.
I. Acnés cicatricielles dépilantes, p. 106.
J, Acné des cachectiques, p. 106.

IV. *Traitement* 107

A. Indications fournies par les causes, p. 107.
B. Indications fournies par les processus et les lésions, p. 108.

1° Acnés vulgaires, p. 108. — 2° Acnés hypertrophiques, p. 113. — 3° Acnés nécrotiques, p. 113. — 4° Acnés chéloïdiennes, p. 114. — 5° Acné pilaire cicatricielle dépilante, p. 114. — 6° Acnés

Pages.

cornées, p. 114. — 7° Acnés toxiques ptomaïniques et des cachectiques, p. 115. — 8° Dermatite papulo-tuberculeuse agminée de la face, p. 115.

CHAPITRE V

Traitement du molluscum, par P. Aubert.

I. *Molluscum vrai, molluscum fibreux* 116
A. Considérations générales, p. 116.
B. Traitement, p. 117.
II. *Molluscum contagiosum*. 118
A. Considérations générales, p. 118.
B. Traitement, p. 119.

CHAPITRE VI

Traitement du furoncule et de l'anthrax, par Albert Robin et E. Leredde.

I. *Considérations générales* 120
II. *Pathogénie*. 121
A. Conditions locales, p. 121.
B. Conditions générales, p. 123.
III. *Traitement* 126
A. Traitement du début, p. 126.
B. Traitement à la période d'état, p. 127.
C. Traitement après ouverture, p. 128.
D. Traitement de l'anthrax, p. 129.
E. Traitement de la furonculose, p. 130.

CHAPITRE VII

Traitement des troubles de sécrétion de la sueur, par R. Du Castel.

I. *Anidrose* 132
A. Considérations générales, p. 132.
B. Traitement, p. 133.
II. *Hyperidrose*. 133
A. Considérations générales, p. 133.
B. Traitement, p. 135.
III. *Sudamina. — Miliaire* 143
A. Considérations générales, p. 143.
B. Traitement, p. 144.

Pages.

IV. *Dysidrose*. 144

A. Considérations générales, p. 144.
B. Traitement, p. 145.

V. *Chromidrose*. 146

A. Considérations générales, p. 146.
B. Traitement, p. 146.

VI. *Hydrocystomes*. 147

CHAPITRE VIII

Traitement des alopécies, par L. Brocq et R. Sabouraud.

I. ALOPÉCIES EN GÉNÉRAL ET SÉBORRHÉES, par L. Brocq.

I. *Considérations générales* 148

A. Alopécies des états morbides généraux aigus, p. 149.
B. Alopécies des états morbides chroniques, p. 150.
C. Alopécies qui dépendent d'une maladie locale du cuir chevelu, p. 151.

1er Groupe. — Affections cutanées dans lesquelles l'alopécie n'est qu'un épiphénomène ou l'un des symptômes de la maladie, p. 151. — 2e Groupe : Affections cutanées dans lesquelles l'alopécie est le symptôme majeur de la maladie, p. 152.

II. *Hygiène de la chevelure* 153

A. Règles générales, p. 154. — *B*. Soins de propreté, p. 154. — C. Peignes et brosses, p. 156. — *D*. Port des cheveux, p. 157. — *E*. Mode de coiffure, p. 159. — *F*. Chapeau, p. 159. — *G*. Teintures et cosmétiques, p. 160.

III. *Alopécie congénitale* 161

IV. *Alopécie sénile* 162

V. *Alopécie prématurée idiopathique* 163

A. Considérations générales, p. 163.
B. Traitement, p. 165.

VI. *Alopécies consécutives aux grandes pyrexies et aux cachexies*. . 169

A. Considérations générales, p. 169.
B. Traitement, p. 170.

VII. *Alopécie syphilitique*. 173

A. Considérations générales, p. 173.
B. Traitement, p. 174.

VIII. *Des séborrhées*. 176

A. Considérations générales, p. 176.

1° La séborrhée sèche ou pityriasis capillitii ou eczéma séborrhéique sec du cuir chevelu, p. 180; 2° la séborrhée concrète ou croûtes graisseuses du cuir chevelu, p. 181; 3° la séborrhée huileuse ou

Pages.

hyperidrose huileuse du cuir chevelu, p. 181; 4° l'eczéma séborrhéique circiné proprement dit du cuir chevelu, p. 182.

B. Traitement, p. 184.

1° Traitement général, p. 184. — 2° Traitement local, p. 186.

A. Traitement par les lotions sulfureuses, p. 187. — *B.* Traitement par la lotion soufrée, p. 189. — *C.* Traitement par les poudres soufrées, p. 191. — *D.* Traitement par les pommades soufrées, p. 193. — *E.* Traitement par les mercuriaux, p. 194. — *F.* Éther de pétrole, p. 195. — *G.* Coaltar saponiné, p. 196. — *H.* Ammoniaque, p. 196. — *I.* Naphtol, p. 197. — *J.* Résorcine, p. 198. — *K.* Autres médicaments recommandés, p. 198.

IX. *Indications spéciales aux diverses variétés de séborrhée* 200

A. Pityriasis capillitii (séborrhée sèche), p. 200.
B. Croûtes graisseuses abondantes du cuir chevelu, p. 202.
C. Hyperidrose huileuse du cuir chevelu. p. 203.
D. Eczéma séborrhéique circiné du cuir chevelu, p. 203.

X. *Folliculites dépilantes* 205

II. TRAITEMENT DE LA PELADE, par R. Sabouraud.

I. *Avant-propos. — Définition symptomatique. — Origine parasitaire de la maladie. — Division* 209

II. *Généralités sur le traitement de la pelade. — Pelades extensives, pelades stationnaires. — Limitation de la pelade extensive. — Traitement de la plaque peladique. — Prophylaxie des régions réputées saines* 214

A. Traitement des pelades extensives, p. 215.
B. Traitement des plaques peladiques atones, stationnaires, p. 223.

III. *Traitement de la petite plaque peladique à son début* 225

IV. *Pelade à cheveux fragiles* 228

V. *Les plaques secondaires. — Pelades en aires successives* 232

VI. *Pelade aiguë totale (décalvante bénigne)* 237

VII. *Pelade à récidives perpétuelles* 239

VIII. *Pelade de la barbe* 243

IX. *Pelade des sourcils* 247

X. *Pelade des cils* 247

XI. *Pelades totales. — Pelades décalvantes graves* 248

XII. *Prophylaxie de la pelade* 255

A. Prophylaxie dans la ville, p. 256.
B. Prophylaxie de la pelade à l'école et à la caserne, p. 259.
C. Prophylaxie dans la famille, p. 260.

CHAPITRE IX

Traitement de l'hypertrichose, par R. Du Castel.

Pages.

I. *Considérations générales* 263

II. *Traitement* 264

CHAPITRE X

Traitement du lentigo, par W. Dubreuilh.

I. *Traitement* 276

CHAPITRE XI

Traitement des nævi, par E. Gaucher et C. Barbe.

I. *Divisions*. 278

II. *Nævi pigmentaires*. 278

III. *Nævi vasculaires* 279

A. Nævi sanguins, p. 279.
B. Nævi lymphatiques. — Lymphangiomes, p. 282.

CHAPITRE XII

Traitement de l'ichthyose, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 283

II. *Traitement* 284

A. Traitement externe, p. 284.
B. Traitement général, p. 285.

III. *Ichthyose fœtale*. 285

IV. *Kératose pilaire*. 286

CHAPITRE XIII

Traitement des verrues, par R. Du Castel.

I. *Considérations générales* 288

II. *Traitement* 290

A. Traitement des verrues communes, p. 291.
B. Traitement des verrues planes juvéniles, p. 293.
C. Traitement des verrues séniles, p. 294.

CHAPITRE XIV

Traitement de la sclérodermie, par W. Dubreuilh.

Pages.
I. *Considérations générales* 295
II. *Traitement* 295

CHAPITRE XV

Traitement de l'éléphantiasis, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 299
II. *Prophylaxie* 301
III. *Traitement* 303

A. Éléphantiasis du membre inférieur, p. 303.
B. Elephantiasis génital, p. 306.

CHAPITRE XVI

Traitement du xanthome, par P. Aubert.

I. *Considérations générales* 308
II. *Traitement* 311

CHAPITRE XVII

Traitement du mycosis fongoïde, par R. Du Castel.

I. *Considérations générales* 313
II. *Traitement* 316

A. Traitement interne, p. 316.
B. Traitement externe, p. 317.

CHAPITRE XVIII

Traitement de l'épithélioma cutané ou cancroïde, par E. Gaucher et C. Barbe.

I. *Considérations générales* 319
II. *Contre-indications* 320
III. *Prophylaxie* 320
IV. *Ulcus rodens* 320
V. *Epithéliome superficiel papillaire* 321
VI. *Epithéliome profond* 324

CHAPITRE XIX

Traitement du xéroderma pigmentosum, par R. Du Castel.

Pages.

I. *Considérations générales* 325

II. *Traitement* 326

CHAPITRE XX

Traitement du lupus, par H. Leloir.

I. *Considérations générales* 327

II. *Traitement prophylactique* 332

III. *Traitement interne et général* 333

IV. *Traitement local* 344

A. Traitement chirurgical, p. 344.

1° Ablation du lupus, p. 344. — 2° Raclage, p. 344. — 3° Scarifications, p. 344. — 4° Cautérisations, p. 345. — 5° Électrolyse, p. 347.

B. Traitement local médicamenteux, p. 348.

1° Traitement local médicamenteux agissant sans amener la nécrose ulcéreuse du lupome, p. 348. — 2° Traitement local médicamenteux amenant la destruction du lupome par ulcération de celui-ci, p. 349.

V. *Traitement mixte* 353

VI. *Traitement des complications et des récidives et direction de la cicatrisation* 367

VII. *Traitement du lupus des muqueuses* 370

CHAPITRE XXI

Traitement du favus, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 372

II. *Traitement* 373

A. Favus du cuir chevelu, p. 373.

B. Favus de la barbe, p. 376.

C. Favus des parties glabres, p. 376.

CHAPITRE XXII

Traitement de la pelade, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 378

II. *Traitement de la plaque de pelade* 380

Pages.

III. *Traitement de l'ensemble du cuir chevelu* 383

IV. *Prophylaxie* 383

CHAPITRE XXIII

Traitement des trichophyties, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 385

II. *Teigne tondante* 386

A. Considérations générales, p. 386.

B. Traitement, p. 387.

1° Tondante à petites spores, p. 388. — 2° Tondante trichophytique, p. 389. — 3° Kerion Celsi, p. 391.

III. *Prophylaxie* 392

IV. *Trichophytie de la barbe* 393

A. Considérations générales, p. 393.
B. Traitement, p. 393.

V. *Trichophytie des parties glabres* 394

A. Considérations générales, p. 394.
B. Traitement, p. 395.

VI. *Trichophytie des ongles* 396

A. Considérations générales, p. 396.
B. Traitement, p. 396.

CHAPITRE XXIV

Traitement de l'érythrasma, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 398

II. *Traitement* 399

CHAPITRE XXV

Traitement du pityriasis versicolore, par W. Dubreuilh.

I. *Considérations générales* 400

II. *Traitement* 400

CHAPITRE XXVI

Traitement de la phtiriase et des piqûres de puces et punaises, par P. Aubert.

I. *Piqûres de puces* 402

A. Considérations générales, p. 402.
B. Traitement, p. 403.

Pages.

II. *Piqûres de punaises* 404

A. Considérations générales, p. 404.
B. Traitement, p. 404.

III. *Poux* 405

A. Poux de tête, p. 405.
1° Considérations générales, p. 406. — 2° Traitement, p. 407.

B. Poux du pubis, p. 408.
1° Considérations générales, p. 408. — 2° Traitement, p. 408.

C. Poux du corps, p. 409.
1° Considérations générales, p. 409. — 2° Traitement, p. 410.

CHAPITRE XXVII

Traitement de la gale, par H. Hallopeau.

I. *Considérations générales* 411

II. *Indications thérapeutiques* 413

A. Indications fournies par la cause, p. 413.
B. Indications fournies par les lésions, p. 419.
C. Indications fournies par les symptômes, p. 421.

CHAPITRE XXVIII

Traitement de la pellagre, par E. Gaucher et C. Barbe.

I. *Définition. — Caractères généraux et causes de la maladie* 423

II. *Traitement alimentaire et hygiénique* 426

III. *Traitement médicamenteux* 427

IV. *Traitement des trois manifestations cardinales de la pellagre* . . . 428

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 34190.

3 2044 047 336 755

3 2044 047 336 755